TĘTNO MEDYCYNY

DWUTYGODNIK

poświęcony przeglądowi piśmiennictwa lekarskiego polskiego i obcego oraz bibljografji lekarskiej

TOM I. ZESZYT 1.

z dnia 15 września 1933 roku.

WARSZAWA 1933.

TĘTNO MEDYCYNY

TOM I, ZESZYT 1 Z 1 WRZEŚNIA 1933





OD REDAKCJI

W życiu lekarskiem w Polsce jesteśmy świadkami niezwykłego zjawiska. Oto gdybyśmy chcieli sądzić o ruchu społecznym i naukowym na podstawie liczby wydawanych czasopism lekarskich, wydawanych w Polsce, to wytrzymalibyśmy konkurencję z każdym narodem. Gdyby natomiast sądzić na podstawie nakładu t. j. liczby drukowanych i czytanych egzemplarzy, to musielibyśmy dojść do przeświadczenia, że czytelnictwo lekarskie stoi na bardzo niskim poziomie i że liczba lekarzy prenumerujących lekarskie czasopisma w Polsce jest znikoma.

Największy nakład posiadają czasopisma rozsyłane lekarzom bezpłatnie dla celów reklamowych, które są istotnie czytywane przez lekarzy głównie ze względu na to, że traktują obszerniej dział streszczeń i referatów sprawozdawczych. Lekarz zajęty pracą zawodową, pochłonięty kłopotami życia codziennego, chce śledzić za postępem w medycynie, ale nie może na to poświęcić dużo czasu i pieniędzy, szuka więc pisma taniego, któreby dawało wyczerpujące poważne informacje w jaknajkrótszej formie w sposób możliwie kompletny i oczywiście wszechstronny. W tem leży tajemnica powodzenia pism referatowych. Niestety pisma rozsyłane dla celów reklamy nie mogą zaspokoić tej potrzeby, gdyż muszą układać swój materjał pod kątem widzenia interesu firm handlowych, które pismo finansują.

Poważne pisma lekarskie z braku środków nie mogą udzielać streszczeniom dużo miejsca. Streszczenia podawane są dorywczo, bez planu i tylko bardzo nieliczne z częściej czytanych pism obcych.

Najczęściej te same streszczenia podawane są w wielu pismach co stanowi niepotrzebną rozrzutność i marnowanie wysiłków. Literatura polska nie jest w tem uwzględniona, co tworzy poważną lukę zwłaszcza wobec faktu, że „Przegląd Piśmiennictwa Polskiego" wydawany do niedawna przez Warszawskie Towarzystwo Lekarskie uległ dłuższej przerwie.

Rozważania te skłoniły w swoim czasie redakcję Lekarza Wojskowego do racjonalnego zorganizowania działu streszczeń. Dział ten odrazu zdobył sobie należyte uznanie, zyskując czytelników nietylko w sfe-

rach lekarzy wojskowych, ale i wśród szerokiego ogółu lekarzy. Obecnie przy reorganizacji Lekarza Wojskowego utrzymanie tego działu okazało się niemożliwe ze względów budżetowych. Pozostawało, albo zlikwidować ten dział, sprawiając zawód licznemu gronu zwolenników, albo służyć nadal dobrej sprawie w postaci osobnego wydawnictwa. Wybraliśmy tę drugą drogę i wydajemy dział streszczeń osobno redagowany nadal w tej formie, jaką zyskała sobie uznanie na łamach Lekarza Wojskowego. Mamy nadzieję, że uprości to znakomicie pracę wszystkim poważnym pismom lekarskim, które nie będą miały potrzeby umieszczania tego działu wobec tego, że nasze pismo wydawane po bardzo niskiej cenie będzie mogło być użyte jako dodatek do każdego z pism. Oszczędność pracy i środków jest tu aż nadto widoczna.

Tytuł pisma najbardziej odpowiadać będzie jego treści. Każdy lekarz z „Tętna medycyny" będzie mógł w sposób szybki zorjentować się w tem, co się dzieje w życiu lekarskiem w Polsce i na całym świecie.

Mamy nadzieję, że pismo spotka się z życzliwem przyjęciem ze strony świata lekarskiego i wypełni dotkliwą lukę w polskiej literaturze lekarskiej. Życie wykaże w czasie najbliższym, czy rachuby nasze są słuszne.

REDAKCJA.

PRZEGLĄD CZASOPISM.

POLSKA GAZETA LEKARSKA 1933. R. XII. Nr. 15 z 9 kwietnia, str. 277 296.

Hirszfeld. *W sprawie wykorzystania badań nad grupami krwi dla medycyny sądowej*, str. 277—280.

Ponieważ w wyciągach z plam krwi nie znajdujemy nienaruszonych krwinek, dających się aglutynować, to już Landsteiner próbował stwierdzić przynależność grupową krwi zakrzepłej w plamach na zasadzie badania izoaglutynin. Lattes opracował metodykę badania izoaglutynin w plamach krwi, polegającą na wysuszaniu kropli wyciągu krwawej plamy na szkiełkach przedmiotowych, poczem do wysuszonego wyciągu dodawano rozcieńczonej zawiesiny krwinek A i B. Dodana kropla rozpuszcza wysuszony wyciąg z plamy i na granicy zetknięcia się surowicy i dodanych krwinek zaobserwować można pod mikroskopem aglutynację. Autor nie uważa jednak tej metody za pewną.

Holzer i Hugicki określają własności grupowe plam krwi zapomocą absorbcji z wysuszoną krwią. Tu warunkiem powodzenia jednak jest większa ilość krwi.

Współczesna serologja opracowała jednak prócz tego, szereg metod, które dają się doskonale zastosować d o spraw medycyny sądowej. Autor podaje opis metod zahamowania izoaglutynacji, rozpuszczanie antygenów A i B w alkoholu i najczulszą metodę opartą na stwierdzeniu, że uodparnianie krwią człowieka A wywołuje przeciwciała dla krwinek barana.

Autor podkreśla jednak, że wykorzystanie tej nowej trudnej i subtelnej metodyki jest możliwe jedynie przy odpowiedniem pouczeniu organów wykonywujących śledztwo.

Wadoń A. *O zapaleniu guzowatem tętnic (Periarteritis nodosa)*. str. 280—283. (Dokończenie).

Podstawą zmian tętnic jest niewątpliwie sprawa zapalna ściany tętnic małych i średnich, w której każda z warstw oddziaływa na czynnik szkodliwy w sposób odmienny. W warstwie zewnętrznej następuje wysięk komórkowy, w błonie środkowej zmiany wsteczne aż do obumarcia, w błonie wewnętrznej zmiany wsteczne i rozrost tkanki łącznej.

Zagadnienie etjologji guzkow. zapalenia tętnic wciąż jest jeszcze niewyjaśnione. Do przeszłości należą zapatrywania, starające się wytłumaczyć guz. zapal. tętnic jako odczyn pękającej z powodu zbyt wysokiego ciśnienia, a upośledzonej ściany naczyniowej. Nie utrzymały się również teorje, dopatrujące się istoty schorzenia w porażeniu ośrodków naczynioruchowych, upadły również poglądy uważające wpływy szkodliwe rozmaitych czynników i trucizn, jak np. alkoholu za czynnik wywołujący guz. zapal. tętnic, gdyż opisano przypadki tego schorzenia u osesków.

Obecnie prawie wszyscy zgadzają się na to, że jest to sprawa zakaźna, istnieje tylko spór co do czynnika chorobotwórczego. Ze swoistych zakażeń brano w rachubę przedewszystkiem zakażenie kiłowe.

Przebieg bywa czasami ostry, czasami przewlekły. Nasilanie się objawia się podniesieniami gorączki w następstwie powstarzania nowych ognisk zapalnych.

Rozpoznanie za życia prawie jest niemożliwe poza badaniem histologicznem wyciętych guzków ze skóry, rokowanie jest b. niekorzystne.

D e j t e r o w a E. *Wartość odczynu Sachs-Witebsky'ego w doświadczeniu szpitalnem.* str, 283—285.

Odczyn cytocholowy pracuje b. pewnie, dając minimalną ilość wyników nieswoistych przy b. dużej czułości.

G e r h a r d t L. *Przypadek rozszczepu kanału mózgowo-rdzeniowego i przepukliny pępowinowej,* str. 285—287.

P ę z i ń s k i W. *Dwa przypadki posocznicy sześciankowej czworaczej (sepsis e sarcina tetragena),* str. 287—288.

Obraz posocznicy sześciankowej czworaczej w początkowym okresie może przypomnieć grypę, a podczas pełnego rozwoju — dur brzuszny, przy czem gorączka może wykazywać duże nieprawidłowości (słaba, przerywana gorączka, obostrzenia). Cierpienie zwykle kończy się pomyślnie.

U n g a r M. *Sprawozdanie z XI Zjazdu Niemieckich Tow. zajmujących się chorobami przewodu pokarmowego i przemiany materji w Wiedniu,* str. 288—290.

Dr. Kondratowicz.

POLSKA GAZETA LEKARSKA. 1933 R. XII. Nr. 16 z 16 kwietnia, str. 297—316.

R e i s s H. *O wyprysku łojotokowym,* str. 297—299.

(Dokończenie nastąpi).

M a u r e r Z. *O sklejaniu się ujścia zewnętrznego macicy, jako przeszkodzie porodowej,* str. 299—302.

Sklejanie się to polega na zlepieniu ujścia zewnętrznego macicy śluzem i jest jednem z najrzadszych powikłań porodu. Autor podaje 3 zaobserwowane przypadki i stwierdza, że pozostawienie własnemu losowi porodu powikłanego zamknięciem ujścia zew. macicy, tak jak i przy zamknięciu wrodzonem, grozi smutnemi następstwami.

Postępowanie jest zależne od przypadku.

R o s t k o w s k i L. *Nieporozumienia w rozpoznawaniu jaglicy,* str. 302—303.

W praktyce odróżnienie grudki „ustrojowej" od grudki „zapalnej" może nasuwać trudności, przedewszystkiem w zależności od wielkości grudek. Podstawą więc odróżnienia początkowej jaglicy od nieżytu grudkowego jest obecnie wygląd grudki.

C z e ż o w s k a Z. i M i e r z e c k i H. *O niektórych zmianach chorobowych skóry i błony śluzowej jamy ustnej w przebiegu ziarnicy złośliwej,* str. 304—307.

U chorej z obrazem ziarnicy złośliwej gruczołów śródpiersia, szyjnych i pachowych autorzy stwierdzili zmiany chorobowe skóry odbiegające pod względem morfologicznym od opisanych dotychczas zmian towarzyszących temu schorzeniu, a niepodobne do zmian opisanych przy innych schorzeniach. Na błonie śluzowej jamy ustnej pojawiły

się w przebiegu schorzenia przemijające zmiany chorobowe o charakterze podobnym do obserw. na skórze.

Zmiany na kończynach górnych i klatce piersiowej ustępowały pod wpływem naświetlania gruczołów śródpiersia, a zmiany kończyn dolnych pod wpływem naświetlania gruczołów jamy brzusznej. Jedna owrzodzenie sięgające daleko wgłąb i odsłaniające staw skokowy zachowało się opornie na działanie promieni Roentgena.

K o w a l c z y k o w a J. *Z najnowszych studjów nad patogenezą nowotworów złośliwych*, str. 307—309.

Na podstawie badań niektórzy aut. wysnuwają wniosek, że w przebiegu nowotworów zewnętrznych istnieje dość częste, jednak bynajmniej niestałe przesunięcie pH krwi ku wartościom zasadowym, natomiast w przypadkach nowotworów wewnętrznych, szczególnie w daleko posuniętych rakach żołądka, odczyn pozostaje w granicach prawidłowych lub bywa przesunięty ku kwasicy. Ogólnie biorąc, wszystkie te odchylenia od normy są w nowotworach dość niewielkie i przytem bardzo niejednolite.

Dr. Kondratowicz.

POLSKA GAZETA LEKARSKA. 1933 R. XII. Nr. 17 z 23 kwietnia, str. 317—336.

R e i s s H. *O wyprysku łojotokowym (Eczema seborrhoicum)*, str. 317—319. (Dokończenie).

Łojotok polega na przeroście i liczniejszym rozwoju, oraz wzmożonej czynności wydzielniczej gruczołów łojowych. Ze sprawą zaś pochodzenia wyprysku łojotokowego pozostają w pewnym związku dwie sprawy, t. j. łojotok i łupież. Związek wyprysku łojotokowego z łuszczycą a wypryskiem stanowił oddawna przedmiot dociekań.

Łojotok można oceniać, jako pewną skazę ustrojową, usposabiającą do pewnych stanów chorobowych skóry, których jednym z objawów jest parakeratoza.

D y b o w s k a J. *Spostrzeżenia nad wpływem ćwiczeń fizycznych na miesiączkowanie*, str. 319—320.

G r u c a A. i F r a n k-P i t t o w a H. *Przypadek brodawczaka żołądka*, str. 320—323.

Brodawczak żołądka jest schorzeniem ciężkiem, które bądź to drogą postępującego charłactwa, bądź to wskutek zwyrodnienia złośliwego prowadzi do zejścia śmiertelnego. Jedynem racjonalnem leczeniem jest możliwie wczesny zabieg operacyjny. Przy zabiegu małych polipów można nie wyczuwać obmacywaniem, dlatego poleca się w przypadkach wątpliwych otwarcie światła żołądka.

Ł a g u n a S. *Badanie grupowe krwi w przypadku ciąży bliźniaczej*, str. 323—324.

Według badań Ausbergera wynika, że każde z bliźniąt może pochodzić od jednego ojca, natomiast żaden z ojców przy poszczególnych kombinacjach nie może być równocześnie ojcem obojga bliźniąt.

M a z u r C. *Przypadek zapalenia mózgu po szczepieniu ospy z utrzymującym się niedowładem połowiczym*, str. 324—325.

W ę g r z y n o w s k i Z. *Walka z gruźlicą w Holandji*, str. 326—327.

Dr. Kondratowicz.

NOWINY LEKARSKIE, 1933, R. XLV, nr. 7, z 1 kwietnia, str. 193—224.

Z a r e m b a G u s t a w. *Leczenie zdrojowe w chirurgji z uwzględnieniem zdrojowisk w Polsce*, str. 193—198.

Następstwem niemal każdej ciężkiej operacji krwawej, poza dodatnim wyni-

kiem leczniczym, jest zachwianie równowagi zarówno na tle somatycznem, jak i psychicznem. Aby przyśpieszyć ozdrowienie pacjenta nie można posługiwać się wyłącznie środkami farmaceutycznemi; po ciężkich zabiegach operacyjnych, zwłaszcza w jamie brzusznej, powinno się pacjentów wysyłać do uzdrowisk. Autor poleca po znacznych utratach krwi szczawy żelaziste w Krynicy, Żegiestowie, Muszynie, Piwnicznej i Nałęczowie. Kąpiele borowinowe stosuje się jako środek przeciwdziałający zrostom w jamie otrzewnowej po operacjach na przewodach żółciowych, żołądku, wyrostku robaczkowym i t. d. Borowinę posiadają Druskieniki, Busk, Jastrzębie, Nałęczów, Ustroń, Niemirów, Krynica, Truskawiec, Lubień, Iwonicz, Morszyn, Rabka, Swoszowice, Ciechocinek, Inowrocław i Żegiestów. Przy nadkwasocie żołądka po operacji wrzodu żołądka lub dwunastnicy wskazane są szczawy zasadowe — źródło Zubera w Krynicy; są również skuteczne źródła solankowe. Do leczenia wtórnych zmian po kamicy żółciowej nadaje się Zuber w Krynicy, następnie zdrój Julji i Celestyny w Rymanowie, wody w Szczawnicy, Truskawcu, Druskienikach i Ciechocinku. Po kamieniach i złogach, powstałych z soli moczanowych, należy stosować szczawy zasadowe (Szczawnica, Krościenko) i źródła zasadowo-solankowe (Naftusia w Truskawcu, Rymanów, Szczawnica). Po kamieniach fosforanowo-wapniowych nadają się wody, obfitujące w wolny kwas węglowy, a ubogie w sole (Jan i Karol w Krynicy, Głębokie, Burkut, Wysowa), przy kamieniach szczawianowych — szczawy proste i zasadowe.

W chirurgji ogólnej nadają się do leczenia zdrojowego ciężkie postacie ropnego zakażenia skóry i tkanki łącznej podskórnej, zwłaszcza uporczywa czyraczność (źródła siarczane — Busk, Horyń, Niemirów, Lubień, Krzeszowice, Szkło, Solec, Swoszowice, Truskawiec). W lecznictwie gruźlicy chirurgicznej zajmują wybitne miejsce solanki, kąpiele morskie i leczenie słoneczne w uzdrowiskach wysokogórskich.

M i c h a l i k K a z i m i e r z. *Wyniki lecznicze personelu lotniczego wojskowego w Krynicy 1932 r.*, str. 198—201.

Na 60 lotników leczonych w Krynicy głównie na nerwicę ogólną, wyczerpanie nerwowe, powiększenie i nadczynność tarczycy, uzyskało po jednomiesięcznym pobycie — 20 zupełną poprawę, 25 stan dobry, 5 stan zadowalający, 5 znaczną poprawę, 3 nieznaczną poprawę; nie uzyskało poprawy 2 lotników. Opierając się na tych wynikach dochodzi autor do następujących wniosków: 1. Należy stwierdzić specjalny wpływ na psychikę i nerwy chorych, wymagających wypoczynku i miłych wrażeń, 2. Specjalnie dodatni wpływ klimatu i leczenia zdrojowego, co czyni Krynicę jedynem zdrojowiskiem leczniczem dla lotników, posiada bowiem pod tym względem warunki co do klimatu, leczenia zdrojowego, urządzeń terapeutycznych, oraz daje możność rozrywki i stosowania leczenia terenowego, djetetycznego i uprawiania sportów, tak nieodzownych dla utrzymania sprawności fizycznej i psychicznej lotnika.

B a j o ń s k i J a n. *O wpływie novarsenobenzolu na nadkwasotę i wrzód żołądka*, str. 212—214.

Autor podaje opis 3 przyp. nadkwasoty i 1 przyp. wrzodu żołądka, w których mimo stosowania różnych środków farmaceutycznych nie można było uzyskać poprawy. Obserwując uprzednio pacjenta chorego na kiłę, zauważył, że uporczywa nadkwasota ustąpiła u tego pacjenta po przeprowadzeniu leczenia novarsenobenzolem. Wobec tego zastosował również w opisanych przypadkach

zastrzyki novarsenobenzolu, które dały zupełne i trwałe wyleczenie. Autor robił 4 do 5 zastrzyków w odstępach tygodniowych, pierwszy à 0,3, następne à 0,6.

Życiorys ś. p. d-ra med. Józefa Kolińskiego, str. 214—215.

J o n s c h e r K. *Zahamowanie rozwoju (hypotrophia, infantilismus,)*, wkładka.

sk.

NOWINY LEKARSKIE, 1933, R. XLV, Nr. 8 z 15 kwietnia, str. 225—256.

O r ł o w s k i W i t o l d. *Chromanie przerywane organiczne. Dysbasia angiosclerotica intermittens*, str. 225—228.

Rozdział z podręcznika „Choroby serca i naczyń krwionośnych".

L a s k i e w i c z A l f r e d. *W sprawie badania otoneurologicznego. Zadania tego nowego kierunku współpracy z punktu widzenia klinicznego* (dokończenie nastąpi), str. 228—234 i 1 tabl.

P i a s e c k a-Z e y l a n d E u g e n j a. *Ulepszenie bakterjologicznego rozpoznawania błonicy, str.* 234—237.

Autorka wykonała ponad 300 posiewów materjału z gardła i nosa, przysłanego Zakładowi Mikrobiologji Lekarskiej Uniw. Pozn. do badania na błonicę, na „agarze czekoladowym" z dodatkiem tellurynu potasowego Andersona, Mc Leoda, Happolda i Thomsona. Przyrządzanie tej pożywki jest dość kłopotliwe, koszt jej w porównaniu z surowicą Löfflera duży. Na nadesłanym materjale stwierdziła A. same szczepy „złośliwe", wobec czego nie można było ocenić słuszności zdania autorów o różnem działaniu biologicznem dwóch typów prątków błoniczych.

Następne 800 hodowli wykonała A. na agarze z tellurynem potasowym, podanym przez Clauberga. Pożywka ta jest tania, sporządzić ją można dość łatwo i prędko, jest przejrzysta. Kolonje prątków błoniczych mają na niej charakterystyczny wygląd, a rozwój innych bakteryj zostaje powstrzymany. Połowę wyników można było uznać za ujemne bez sporządzania i oglądania preparatu mikroskopowego. 117 szczepów zbadano w hodowli na cukrach. Wykonano 75 doskórnych prób zjadliwości na świnkach morskich. Dodatnich wyników hodowli było na pożywce Clauberga o ponad ¼ więcej, niż na pożywce Löfflera. Liczbę wyników dodatnich można było zwiększyć o dalszą ¼, uwzględniając prątki błonicze, nie wytwarzające ziarenek metachromatycznych.

Wnioski: Pożywka Andersona, Happolda, Mc Leoda i Thomsona nie nadaje się do codziennego użytku w celu rozpoznawania błonicy w zakładach, obowiązkowo prowadzących takie badania. Pożywka Clauberga natomiast w całej pełni zasługuje na to, aby nią zastąpić dotychczas używaną pożywkę Löfflera. W rozpoznawaniu bakterjologicznem błonicy należy koniecznie uwzględnić prątki błonicze bez ziarenek metachromatycznych, co znacznie zwiększy ilość wyników dodatnich. Zakład Mikrobiologji U. P. posiewa obecnie tylko na pożywce Clauberga cały materjał, przysyłany mu do badań na błonicę.

B a j o ń s k i A l f r e d. *Gorączka połogowa (dokończenie)*, str. 238—245.

G r a n a t o w i c z J. *Mastitis*, wkładka.

sk.

POLSKI PRZEGLĄD CHIRURGICZNY, 1933, T. XII, zesz. 2—3, str. 119—432.

M i c h e j d a K. *Z dziejów Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Wileńskiego.*

(Wykłady chirurgji z roku 1826), str. 119—143.

Autor podaje opis metod operacyjnych, stosowanych w Klinice Chirurgicznej Uniwersytetu Wileńskiego około 1826 roku. Źródłem, z którego korzystał, był rękopis, zawierający na 469 stronicach notatki z wykładów chirurgji, wygłoszonych w 1826 roku przez Seweryna Gałęzowskiego, profesora Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Wileńskiego.

M e i s s n e r A. *Nowy sposób wydłużania podniebienia miękkiego i zwężenia gardzieli po zabiegach uranoplastycznych w celu uzyskania dobrej wymowy*, str. 144—149.

Przebieg operacji: 1. Przecięcie poprzeczne podniebienia miękkiego na wysokości przedniego łuku językowo-podniebiennego przez wszystkie jego warstwy, wskutek czego powstaje otwór, łączący jamę ustną z jamą nosowo-gardzielową, 2. Wycięcie z tylnej ściany gardzieli szerokiego płatu śluzówki z podłożem, w okolicy gruczołu nosowo-gardzielowego, o szypule od strony podstawy czaszki, 3. Przesunięcie ku tyłowi odcinka podniebienia miękkiego, leżącego poza poprzecznem cięciem, przez co rana rozszerza się znacznie w kierunku strzałkowym, przyjmując kształt rombu, a języczek (uvula) zbliża się w ten sposób do tylnej ściany gardzieli, 4. Wprowadzenie do tejże rany w podniebieniu płata oddzielonego od tylnej ściany gardzieli i pokrycie nim ubytku w podniebieniu od strony nosowo-gardzielowej, 5. Wreszcie umocowanie płata do brzegów rany zapomocą szwów materacowych i szwów supełkowych.

B u t k i e w i c z T. *Żółciowe zapalenie otrzewnej bez przedziurawienia dróg żółciowych. I. Część kliniczna*, str. 151—293.

W obszernej rozprawie podaje autor opis 100 przypadków żółciowego zapalenia otrzewnej, przytaczając 95 przyp. zebranych z piśmiennictwa polskiego i obcego oraz przyp. własnych. Osobny rozdział poświęca etjologji i patogenezie tego cierpienia.

D e n g e l L. *Przypadek torbieli pozaotrzewnowej*, str. 294—298.

Guz wielkości głowy dziecka, znajdujący się na prawym talerzu biodrowym pozaostrzewnowo i obejmujący przestrzeń od okolicy krętniczo-kątniczej, aż do zagięcia wątrobowego. Guz wycięto w całości. Podczas oddzielania guza została uszkodzona część naczyń krezkowych jelita krętego, w obrębie którego leżał guz swym biegunem dolnym. Aby zapewnić jelitom dostateczne odżywienie wycięto około 15 cm jelita krętego, następnie wykonano zespolenie boczne jelita krętego z kątnicą. Przebieg operacyjny odbył się bez powikłań. Badanie histologiczne wykazało, że torbiel składała się z tkanki łącznej włóknistej, w której znajdowały się nacieczenia ogniskowe limfocytów. Torbiel była wysłana od wewnątrz warstwą wysokiego nabłonka wałeczkowatego. Taki charakter torbieli wskazywałby, według autora, na pochodzenie jej z rozproszonych zawiązków przewodu Wolfa.

G i l e l s W i e r a. *Uśpienie awertyną na podstawie doświadczeń kliniki*, str. 299—317.

Praca oparta na 300 przyp. uśpienia awertynowego, wykonanych w Klinice Chirurgicznej Uniw. Stefana Batorego na ogólną liczbę 750 operacyj. Awertynę używano wyłącznie do uśpienia podstawowego. Podawano 0,06 do 0,1 na kg wagi chorego. Na 300 przyp. uśpienia było 9 przyp. śmierci. Dużą zaletą uśpienia awertynowego jest wpływ na stan psychiczny chorego, gdyż pozbawia ono chorego wrażenia strachu przy uśpieniu, nie występuje sen ponarkotyczny i niepamięć wsteczna. Awertyna jest niew-

skazana w zabiegach krótkotrwałych, w stanach zapadu, w silnem odwodnieniu ustroju, w schorzeniach odbytnicy i jelita grubego. Większe znaczenie praktyczne posiada ujemny wpływ awertyny na ośrodek oddechowy. Ciężkie zaburzenia oddechowe obserwowano w 1 przyp.

Modrzejewski Zenon. *Trzy przypadki urazowego pęknięcia śledziony*, str. 318—327.

Lachs Romuald. *Znaczenie odczynu Biernackiego dla rozpoznawania chorób narządu moczowego*, str. 328—336.

Odczyn Biernackiego wykonano w 350 przypadkach różnych schorzeń narządu moczowego. Na podstawie tych badań podaje autor następujące wnioski: 1. Odczyn Biernackiego jest w wysokim stopniu nieswoisty i zależny od tak wielu czynników natury ogólnej, że nie można w budowaniu rozpoznania opierać się na nim, 2. W przypadkach gruźlicy narządu moczowego przemawia duże przyśpieszenie opadania czerwonych ciałek krwi za znacznem zniszczeniem tkanki, a więc za rozległością sprawy, 3. W przypadkach z daleko posuniętem uszkodzeniem czynnościowem nerek spotyka się odczyn Biernackiego wybitnie dodatni, 4. Wobec znakomitych środków i metod diagnostycznych, jakie są dzisiaj do dyspozycji w rozpoznawaniu chorób narządu moczowego, niema potrzeby uciekać się do badania odczynu Biernackiego.

Nathan F. *Tłuszczak języka*, str. 337—341.

Opis przypadku tłuszczaka języka. Nowotwór zauważono podczas badania pośmiertnego 70-letniej kobiety, zmarłej na gruźlicę płuc.

Dziembowski Z. *W sprawie chirurgji klatki piersiowej*, str. 342—362.

Zestawienie poglądowe.

sk.

PEDJATRJA POLSKA, 1933 r., T. XIII, Z. 1, str. 1—58.

Stankiewicz i Vincenz K. *Odma mózgowa i jej znaczenie w djagnostyce i lecznictwie wieku dziecięcego*, str. 1—22.

Wprowadzenie odmy, jako metody, służącej do rozpoznawania schorzeń mózgowych, zawdzięczami amerykańskiemu badaczowi Dandy (1919 r.)

Drogą nakłócia lędźwiowego lub karkowego wprowadzamy powietrze i przez to uwidoczniamy na zdjęciach rentenowskich przestrzenie podoponowe i komory, z których powietrze usunęło płyn mózgowo-rdzeniowy.

Metoda ta nosi nazwę encefalografji. Jeżeli zaś wprowadzimy powietrze wprost do komór, uwidocznią się tylko komory, a przestrzenie podpajęczynówkowe pozostaną niewidoczne. Taka zaś metoda nosi nazwę wentrykulografji. Metody te stosujemy dla ustalenia zmian anatomicznych u dziecka żywego przy zapaleniu opon mózgowych, mózgowia, zboczeń rozwojowych, nowotworów i t. p.

Z dotychczasowych obserwacji autorzy wnioskują, że za pomocą tych metod można i leczyć, zwłaszcza w pewnych wypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowych.

Dalej autorzy opisują szczegółowo samą metodykę Dandy i przytaczają cały szereg wyników i doświadczeń Choroschki, Bingel'a, Libermeister'a, Mader'a, Brehme i t. d. Przy wykonywaniu zabiegu trzeba mieć na uwadze: 1) wiek dziecka, 2) istotę cierpienia i 3) ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Należy unikać silnych wahań i zmiany ciśnienia

wewnątrzczaszkowego, ponieważ wpływa to niekorzystnie na tętno. Zamiast nakłucia lędźwiowego można wykonać nakłucie podpotyliczne, a u niemowląt nawet przez otwarte ciemiączko można nakłuć komory.

A. przedstawiają szereg rentgenogramów.

W większości wypadków dzieci naogół znoszą dobrze zabieg Wyjątek stanowią przypadki guzów mózgu, kiedy może nastąpić utrata świadomości, wymioty i t. p.

Dalej A. opisują zmiany w komorach po dokonaniu odmy czaszkowej, oraz podają wskazania i zastosowanie encefalografji u dzieci. Spostrzeżenia własne autorów obejmują 30 przypadków, które dotyczyły: 1) nagminnego zapalenia opon mózgowych, 2) mikrocefalji, 3) choroby Little'a, 4) po przebytem zapaleniu mózgu i 5) przypadek guza w obrębie tylnej jamy czaszkowej.

Z i e m k i e w i c z J. *Przyczynek do t. zw. odczynu limfacytowego u dzieci*, str. 23—28.

Omawiając sprawę chorobową, A. zaznacza, że limfocytoza u dzieci nie jest zjawiskiem rzadkiem i spotykamy ją nawet u dzieci młodszych, jak np. u niemowląt, u których normalnie znajdujemy 50—60% limfocytów.

Pozatem limfocytoza przeważa w całym szeregu chorób jak: krzywica, gruźlica przewlekła, kiła, niedokrwistość pokarmowa, zaburzenia w gruczołach dokrewnych. Przy kokluszu liczba ciałek białych sięga 50 i więcej tysięcy, co pozwala nam na odróżnienie krztuśca jeszcze w okresie nieżytowym od zwykłego nieżytu oskrzeli. Na podstawie opisów, podawanych przez rozmaitych autorów sprawa chorobowa przeważnie dotyczy chłopców; co do wieku, to przeważa wiek dzieci starszych.

Rokowanie w odczynie limfocytowym jest dobre.

L e j m b a c h ó w n a Z. *Cztery przypadki wścieklizny u dzieci*, str. 29—34.

Autorka opisuje przypadki wścieklizny, obserwowane i leczone w szpitalu im. Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.

G r o d e c k i F. *Kilka słów o stosowaniu pomidorów w biegunkach u dzieci*, str. 35—36.

Autor opisuje przypadek biegunki, wyleczonej sokiem pomidorów świerzych.

C. Gl.

ŻYCIE DZIECKA, 1933, R. II, Nr. 3, marzec, str. 65—96.

R u s i n o w a A. *Próby rozwiązania problemu .bezrobocia .młodocianych*, str. 65—81.

Autorka podaje rys historyczny opieki nad bezrobotną młodzieżą w Niemczech. Opieka ta polegała głównie na organizowaniu życia bezrobotnej młodzieży, tworzenie kursów przeszkolenia fachowego i kursów zawodowych. Tworzeniem takich kursów są zajęte Państwowe Urzędy Pośrednictwa Pracy i Ubezpieczenia Bezrobotnych, Urzędy młodzieży (Jugendämte), związki zawodowe, zakłady pracy i t. p. Wyszkolenie i przeszkolenie chłopców rozciąga się prawie na wszystkie zawody. Najlepsze rezultaty osiągnięto w przeszkoleniu młodocianych dla rolnictwa.

Oprócz kursów istnieją t. zw. ochotnicze obozy pracy w przemyśle i na roli. Obozy takie trwają 20 tygodni i zatrudniają bezrobotnych młodocianych w wieku od 18 do 25 lat. Założycielami obozów są przeważnie zrzeszenia i organizacje. Czas spędzony w obozie liczy się młodocianemu jako czas pobierania zasiłku. Państwo subsydjując takie obozy pracy, forsuje tendencję zmilitaryzowania ich życia wewnętrznego. W obozach rozwija się w szybkim tempie akcja oś-

wiatowa i ogólno-kulturalna, oraz sport. Przechodząc do warunków polskich, autorka szeroko omawia sprawę bezrobotnych młodocianych w Polsce, powołując się na broszurę Dr. Balsigerowej: „Społeczne skutki bezrobocia wśród fizycznych pracowników przemysłowych m. st. Warszawy," proponując organizowanie podobnych kursów i obozów u nas.

M i e s z k o w s k i I. *Dola dziecka robotniczego w Polsce w świetle cyfr i „Pamiętników bezrobotnych"*, str. 82—92.

Autor na podstawie zebranych „pamiętników" bezrobotnych tworzy obrazek życia dziecka robotniczego w Polsce. Wybrane fragmenty dzieli na cztery zasadnicze części: 1) kojarzenie się małżeństwa robotniczego, 2) bezradność wobec klęski urodzeń, 3) dola dziecka w rodzinie bezrobotnego i 4) inne problemy. W artykule niniejszem podaje autor cały szereg urywków z listów pisanych przez robotników, opisujących swoją dolę, poczynając od kołyski, aż do spłodzenia nowego pokolenia. (c. d. n.).

B a b i c k i I. *O wychowaniu*, str. 93—96.

Wykład z dziedziny wychowania — o wychowawcy.

C. Gl.

ZAGADNIENIA RASY, 1933. T. VII, styczeń-marzec, Nr. 1, str. 1—116.

S t e r l i n g-O k u n i e w s k i S. *Dziedziczność w raku i jej znaczenie ze stanowiska eugeniki*, str. 1—18.

Rak jest tajemnicą przyrody. Jego etjologja i geneza są dotychczas okryte wielkiemi cieniami. Istota tego cierpienia jest nam jeszcze nieznana. Z tego powodu wykrycie praw dziedziczności dla tego schorzenia jest znacznie trudniejsze, niż przy innych schorzeniach, jak np. w gruźlicy, lub kile. Badania są prowadzone nietylko nad ludźmi, lecz i nad zwierzętami w szeregu następujących po sobie pokoleń. Biolog niemiecki A. Wejsman stworzył swoją teorję dziedziczności, według której odróżniamy w ustroju dwie ściśle odgraniczone grupy komórek: rozrodczą od cielesnej. Na komórki cielesne wywierają działanie wpływy zewnętrzne, nie biorące udziału w dziedziczności, gdyż cechy osobiste przenoszą się na potomstwo tylko przez zaródź komórek rozrodczych (plasma germinativum). W tej zarodzi rozrodczej wszystkie własności są zależne od determinat ojcowskich lub matczynych, lecz mogą ujawniać się też pewne cechy przodków, utajone u rodziców; nie mogą zaś występować cechy, nabyte przez rodziców podczas indywidualnego ich życia.

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, gdy pod wpływem jakiegoś bodźca zewnętrznego następuje przebudowa ustroju fizycznego. Nie możliwe, aby pozostało to bez śladu na zaródź rozrodczą.

Co się tyczy raka — sprawa jest wyjątkowo trudna do rozwiązania, gdyż bezpośrednia przyczyna raka jest nam nieznana. Jest to tem trudniejsze, że rak jest schorzeniem osób starszych i zjawia się zazwyczaj w tym okresie życia osobniczego, w którym o tworzeniu nowego pokolenia niema już mowy. Nie wyłącza to jednak możliwości, że poczęcie może nastąpić w tej fazie życiowej jednego z rodziców, gdy rak jest jeszcze w początkowem okresie rozwoju. Stan ten, t. zw. „przedrakowy", obserwowany zresztą jasno u zwierząt smołowanych, może trwać u ludzi bardzo długo, żłobiąc oddawna charakterystyczne cechy biologiczne ustroju rakowatego. Nie jest jednak niedopuszczalny pogląd co do dziedziczenia odporności w stosunku do nowotworów.

Dalej A. zastanawia się nad przy-

kładami dziedziczności i statystyką, podawaną przez rozmaitych autorów, oraz rozpatruje prawo Mendla.

Drugą metodę dla badań dziedziczności raka A. podaje — badanie danych rodzinnych wszystkich chorych rakowatych na pewnym terenie co do częstości nowotworów złośliwych, oraz ich stosunku do ludzi zdrowych, względnie chorych na inne cierpienia i ich otoczenia co do częstości zjawiania się raka.

A. podaje zestawienie Polskiego Komitetu do zwalczania raka za lata 1925—1931, w którym to okresie było 1348 chorych i dziedziczność wynosiła 7,5%, oraz podaje zestawienia Waalera (Norwegja), Wassinka (Holandja) i t. d.

Dalej A. omawia dość szczegółowo badania Muad Slye i Dobrowolskiej-Zawadskiej.

Streszczając wyniki dotychczasowych badań doświadczalnych na zwierzętach, oraz zestawienia statystyczne, dotyczące rodzin, rakowatych osób pojedyńczych cierpiących na raka i ich stosunków rodzinnych, oraz spostrzeżenia nad dziedzicznością na raka wśród ludzi, A. wyprowadza następujące wnioski:

1. Rak jako cierpienie już wyraźne nie przenosi się bezpośrednio z jednego pokolenia na drugie najbliższe i dalsze, natomiast przenosi się lub może się przenosić dziedzicznie skłonność do zapadania na nowotwór pod wpływem różnorodnych czynników, nieraz niedających się ustalić, nieraz jednak dość wyraźnych.

2. Skłonność ta ma rzadko charakter ogólny, nieokreślony, przeważnie zaś charakter tkankowy, t. j. rak w potomstwie ujawnia się w tych samych narządach, co rak rodziców lub innych członków rodziny.

3. Określenie sposobu dziedziczenia się predyspozycji do raka według prawa Mendla nie da się ściśle ustalić: naogół stanowi ona cechę recesyjną; w pojedyńczych nielicznych przypadkach może nabierać cechy dominującej, albo właściwości mieszanych. Dominantę w gonus Homo stanowi oporność, zaś hybrydyzm względem raka jest najprawdopodobniej bardzo rozpowszechniony.

4. Skala dziedziczenia predyspozycji w różnych postaciach raka i w rozmaitych narządach jest różna i waha się od bardzo wielkiej do ledwo uchwytnej. Pomimo odziedziczonej predyspozycji nowotwór może się nie ujawnić.

5. Czy skłonność do raka prowadzi do specjalnej budowy osobniczej, ew. czy jest z nią w wyraźniejszym jakimś związku, nie da się ustalić ze względu na różnorodność postaci nowotworów.

6. U człowieka dziedziczność jest jednym z czynników powstawania raka.

Szulc G. *Cukrzyca jako zagadnienie społeczne i eugeniczne*, str. 19—39.

Statystyka notuje w Warszawie od 50 do 100 zgonów rocznie na cukrzycę. A. precyzuje swój pogląd na cukrzycę pod kątem stosunków społecznych, mających wpływ na powstawanie i szerzenie się cukrzycy, podaje rys historyczny tej choroby, oraz jej etjologję.

A. twierdzi, że niedomoga gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem może być wrodzoną i może decydować o podatności do zapadania przy sprzyjających okolicznościach na cukrzycę. Według Bouchard'a w 25% wszystkich przypadków cukrzycy można wykazać obciążenie dziedziczne. W rodzinach, gdzie się zdarza cukrzyca, spotyka się przeważnie i inne zaburzenia w przemianie materji jak: nadmierna otyłość, dna, kamienie żółciowe i nerkowe, reumatyzm i t. p. Aczkolwiek wiele z tych spraw ulega pogorszeniu, albo nawet jest wywołane przez nieodpowiednie warunki bytu, którym cała ta rodzina podlega przez swą przynależność do danej klasy społecznej, to jednakowoż niewątpliwą jest rzeczą, że odgrywa tu również rolę

rodzinna predyspozycja, polegająca na wrodzonej niedomodze gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Zespół cech zewnętrznych i dyspozycyj wewnętrznych u osób chorych na cukrzycę składa się na t. zw. konstytucję artrytyczną lub bradytroficzną, której najważniejszą cechą jest usposobienie do zwolnienia procesów odżywiania i przemiany materji.

Ważną z punktu widzenia eugeniki rzeczą jest to, że cukrzyca wykazuje dość częstą łączność rodzinną z chorobami układu nerwowego (epilepsja, choroby umysłowe, neuropatja i t. p.) i dla tego słuszną jest rzeczą w przypadkach cukrzycy, kiedy zostało ustalone tło dziedziczne, odradzać zawierania małżeństwa ewentualnie posiadania potomstwa. Odradzanie małżeństwa i posiadanie potomstwa u kobiet obciążonych dziedzicznie i posiadających skłonność do cukrzycy jest wskazane jeszcze z tego powodu, że ciąża i poród sprzyjają powstawaniu cukrzycy i mogą być czynnikami wywołującymi chorobę ukrytą in potentia.

Dalej autor przytacza tablice statystyczne umieralności na cukrzycę wg. płci oraz wg. wyznań. U żydów cukrzyca jest chorobą znacznie częstszą, niż u chrześcjan, co jest następstwem prawdopodobnie degeneracji starej rasy, niehigjenicznego trybu życia, no i sposobu odżywiania się (brak witaminy*A*). A. podaje przepis trybu życia higjenicznego, który uważa za środek zapobiegawczy przeciw cukrzycy.

L u c i u s M. *Cudzołóstwo w świetle europejskich prawodawstw cywilnych i karnych*, str. 40—47.

A. daje przegląd prawodawstw europejskich o cudzołóstwie, jak to: francuskiego, prawa kanonicznego, włoskiego, hiszpańskiego, belgijskiego i t. d. oraz polskiego.

W e r n i c L. *O bezpłodności u mężczyzn*, str. 48—70.

A. obszernie omawia zagadnienie bezpłodności u mężczyzn, wykluczając zagadnienie bezpłodności sztucznej. Ponieważ na zahamowanie aktu płciowego mogą wpływać czynniki psychiczne i fizyczne, A. rozpatruje bezpłodność natury psychicznej (niechęć zbliżenia się cielesnego) odrębnie od bezpłodności natury fizycznej.

Dalej A. omawia drogi nerwowe płciowe, nerwy ośrodkowe i system współczulny, oraz drogi czuciowe i ruchowe.

Zasadnicze zjawiska, notowane u mężczyzny podczas aktu płciowego rozpadają się na dwa akty: erekcji i ejakulacji. Dla erekcji istnieją trojakie pobudki: psychiczne, odruchowe i automatyczne. Ejakulacja zaś składa się z dwu okresów: 1) skurczu mięśni gładkich i 2) skurczu mięśni prążkowanych.

Następnie A. omawia określenie niemocy męskiej i dzieli ją na 3 typy: niemoc psychiczną, niemoc pochodzenia rdzeniowego i niemoc na tle wadliwej budowy narządów rozrodczych.

Niemoc płciowa rozradzania się w ścisłem znaczeniu jest właściwą bezpłodnością u mężczyzn. Wszelkie charakterystyczne cechy bezpłodności autor omawia szczegółowo na podstawie badań naukowych własnych i innych autorów.

S i e ń k o K. *Zagadnienie pożycia małżeńskiego z punktu widzenia eugeniki*, str. 71—80.

Z punktu widzenia eugeniki małżeństwo jest związkiem trwałym dwojga osób różnej płci zdolnych do rozrodu — celem płodzenia i wychowania dzieci. Związek zaś dwojga osób zdolnych do rozrodu, które nie mają zamiaru płodzić dzieci — jest dla eugeniki tylko stosunkiem płciowym. O ile z małżeństwa rodzą się dzieci — powstaje ro-

dzina. Rodzina polega na monogamicznem małżeństwie. Autor jednak nie jest zwolennikiem t. zw. naiwnego rozrodu, gdy małżeństwo nie myśląc wcale o ograniczeniu ilości dzieci, tyle ich na świat wydaje, ile na to zezwala płodność naturalna. Przyjmuje on tu pod uwagę stan fizyczny kobiety, stan materjalny rodziny, oraz stan kulturalny.

Następnie autor omawia teorję Malthusa i Malthusianizm, mówi o środkach zapobiegawczych oraz zastanawia się nad sprawą sterylizacji. i wyjałowienia.

Ograniczenie naturalnej płodności, stosowane według odpowiednich wskazań jest przeto najważniejszym i najbardziej ludzkim środkiem, którym posługuje się jakościowa i ilościowa eugenika.

Jako potwierdzenie tego zdania A. omawia szczegółowo t. zw. „prawo Grotjahn'a" — najmniej trojga dzieci.

C. Gl.

ZDROWIE. R. XLVIII 1933 r. N. 1—2 z 15 stycznia. Str. 1 — 96.

K a c p r z a k M. *Od redakcji*, str. 1 — 4.

A. artykułu od redakcji zastanawia się nad zagadnieniem gruźlicy i porównuje ją z trądem w średniowieczu. Zastanawia się — co zrobić z chorym, ażeby mu ułatwić powrót do zdrowia, lub też zapewnić egzystencję w warunkach, w których on najmniej byłby ciężarem dla społeczeństwa i mniej groźnym dla otoczenia. Jako radę na te zagadnienia A. stawia za konieczność należyte uświadamianie społeczeństwa i chorych, a w razie nieodpowiednich warunków — izolację chorego.

H a r u s i e w i c z M. *Opis 17-go Okręgu (Grochowa) m. st. Warszawy pod względem sanitarnym*, str. 5-24.

W opisie swoim A. omawia wszystkie czynniki składające się na całość warunków zdrowotnych, w jakich na danym terenie mieszkańcy jego żyją i pracują, a mianowicie:

a) dane ogólne (przynależność administracyjna, powierzchnia, stan bruków, ogrodów, pastwisk i t. d.);

b) geologję — warunki geologiczne, ukształtowanie powierzchni, budowę geologiczną;

c) warunki hydrologiczne — głębokie wody artezyjskie, wody gruntowe. Przytacza tu tablicę wahania wody w studniach, liczone od *0* Wisły;

d) klimat — temperaturę z tablicą wahań od r. 1826 — 31 do r. 1910, wilgotność powietrza ze średnią za 25-letni okres, opady, opad śnieżny, zachmurzenie nieba, insolację, wiatry oraz zawartość pyłu w powietrzu. (c. d. n.).

C i e s z y ń s k i F. K. *Organizacja opieki nad noworodkami w Miejskim Zakładzie Położniczym im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie*, str. 25 — 38.

Aby rzucić światło na obecny stan pomocy pedjatrycznej w klinkach i Zakładach Położniczych w Polsce, A. podaje ogólną organizację opieki nad noworodkami w Zakładzie Położniczym im. ks. Mazowieckiej, opisując wszystkie fazy tej pomocy, tryb życia i bytu noworodków w Zakładzie. Podaje 5 rycin z urządzeń Zakładu.

R u d o l f Z. *Znaczenie lasów podmiejskich dla higjeny miasta*, str. 39 — 43.

A. podaje streszczenie przemówienia przedstawiciela Polskiego Tow. Higjenicznego na konferencji w sprawie lasów podmiejskich w dniu 13 listopada 1932 r. w Warszawie.

Według danych niemieckich z ostatniej Wystawy Międzynar. Higjen. w Dreźnie należy zielone powierzchnie w miastach obliczać następująco: parki i lasy — 15 m^2 na mieszkańca, place spor-

towe i zabawowe — 3 m², małe ogródki — 5 m², wszystko razem z ogródkami prywatnemi i cmentarzami — 27 m² na mieszkańca. A. dalej omawia znaczenie lasów w okolicy miasta (zielonej przestrzeni) pod względem higjeny, klimatu, zdrowotności, oraz możności umieszczania w tych lasach instytucji zdrowotnych.

M a t u s i a k S. *W sprawie kwalifikacyj kierownika Ośrodka Zdrowia*, str. 44 — 49.

A. omawia wymagania i zadania Ośrodka Zdrowia, oraz wymagania, jakim winien odpowiadać kierownik tej instytucji, a więc:

1) kierownik Ośrodka Zdrowia (lekarz naczelny) powinien mieć dostateczne przygotowanie do fachowej kontroli pracy personelu;

2) posiadać zdolność do naukowego opracowania materjału i doświadczenia, zdobytego pracą Ośrodka;

3) ze względu na charakter i zasięg swej specjalności lekarz sanitarny (higjenista) posiada najwięcej danych do objęcia kierownictwa Ośrodka.

A. *Trochę liczb*, str. 51 — 52.

A. podaje statystyczne dane z zamierzeń Rosji w drugiej „Piatiletce" pod względem sanitarnym, oraz dane higjeniczne z poprzedniej „Piatiletki".

R u d o l f Z. *Walka z zadymieniem miast*, str. 53 — 56.

Referat wygłoszony przez przedstawiciela Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w dniu 29 listopada 1932 r. na posiedzeniu organizacyjnem Komisji Technicznej dla oddymiania Miast w Zrzeszeniu Gazowników i Wodociągowców Polskich w Warszawie. Walka z dymem polega na zastosowaniu technicznych sposobów dla usuwania tworzącego się dymu w miastach oraz na wprowadzeniu odpowiedniego prawodawstwa i kontroli nad zadymieniem.

C. Gł.

BULLETIN DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE, 1933, R. 97, Nr. 1, z 3 stycznia, str. 1—41.

L i b e n s k y, *Wskazania i wyniki leczenia farmakologicznego i balneologicznego kwasowęglowego w chorobach układu krążenia*, str. 15—18.

M a s s o n P. *Budowa endokrynna niektórych melanomatów*, str. 19—25.

S t é f a n o p o u l o. *O określeniu ognisk nagminnych żółtej febry*, str. 26—34.

W e i n b e r g. *Czynniki rozwoju infekcyj wielobakteryjnych*, str. 34—37.

B a u m g a r t n e r. *O pneumektomji w ropieniach płucnych*, str. 37—40.

W przewlekłych, niegojących się pod wpływem leczenia internistycznego, rozlanych ropieniach płucnych, w których nie dochodzi do wytworzenia się jedynego ropnia, wskazane jest, zdaniem autora, zniszczenie operacyjne całego schorzałego odcinka płucnego. Zwykłe nacięcie nie wystarczy. Śmiertelność operacyjna wynosi 20%, jest jednakże niższa aniżeli przy pozostawieniu sprawy własnemu losowi.

Dr. H. Szpidbaum.

BULLETIN DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE, 1933, R. 97, Nr. 2, z 10 stycznia, str. 42—73.

J u l i e n. *O sposobach hemokultury w różnych postaciach febris ondulans*, str. 51—53.

H a b a b o u - S a l a. *Wpływ melityny drogą doustną na febris ondulans*, str. 53—56.

N a t t a n - L a r r i e r. *Anafilaksja wrodzona i jej warunki*, str. 57—59.

L e m i e r r e. *Przekazanie rumienia baraniego człowiekowi. Wartość rozpoznania odczynu doskórnego,* str. 59—62.

B e t h o u x. *Sześć obserwacyj anatomo-klinicznych masywnego białkomoczu u chorych na przewlekłą gruźlicę płuc,* str. 62—70.

Na podstawie rozbioru sześciu przypadków, autor dochodzi do wniosku, że masywny białkomocz zjawiający się w przebiegu chronicznej gruźlicy płuc należy uważać za wynik głębokich zaburzeń w ustroju, które odbijają się szybko na narządach wewn., w szczególności na nerkach, tworząc w nich trzy typy zmian:

Nephritis, dotycząca na początku nabłonek, później śródmiąższowa, podostra lub przewlekła, nie kłębuszkowa.

Amylosis i Lipoidosis.

Dwa ostatnie cierpienia są natury ogólnej, poza nerkowe, zjawiają się później, uszkadzając wtórnie narządy wewnętrzne, nerki w szczególności; spostrzega się je i w innych cierpieniach poza gruźlicą.

Dr. H. Szpidbaum.

LA PRESSE MÉDICALE, 1933, R. XLI, Nr. 17 z 1 marca, str. 329—344.

A b r a m i, S a n t e n o i s e et B e r n a l. *Działanie wagotoniny przy nadciśnieniu tętniczem,* str. 329—331.

Wagotonina jest to wyciąg z trzustki, różniący się pod wszelkiemi względami od insuliny i innych składników o natychmiastowem działaniu hypotensyjnem (angioxyl, padutin). Jej charakter hormonalny był ustalony za pomocą badań doświadczalnych. Zastosowanie wagotoniny dożylnie lub podskórnie wywołuje u zwierząt doświadczalnych zwiększenie pobudliwości odruchowej i napięcia ośrodków para-sympatycznych. Wagotonina w szczególności zwiększa czynność sercowo-regulującą i naczyniowo-zwalniającą odruchów Cyona i Heringa, zmniejsza wydzielanie adrenaliny. Po jej zastosowaniu stopniowo zmniejsza się pobudliwość i napięcie nerwu sympatycznego w szczególności vazokonstriktorów.

Autorzy tej pracy w swoich doświadczeniach zastrzykiwali podskórnie 20 mg. wagotoniny, czasem 40 mg. Sprawdzali działanie jej u ludzi zdrowych z normalnem ciśnieniem tętniczem krwi. Zastosowanie wagotoniny u 16-tu mężczyzn w wieku od 18 — 25 lat, członków klubu pływackiego, nie wywołało żadnych przykrych objawów i liczby ciśnienia tętniczego, mierzonego w przeciągu 3-ch godzin co pół godziny były ściśle te same, co i przed badaniem.

Następnie autorzy zastosowali wagotoninę u 80 chorych z nadciśnieniem, mającem najrozmaitsze podłoże chorobowe i w różnym wieku. U 42 chorych wagotonina niewątpliwie spowodowała obniżenie zarówno ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Hypotonia ta wystąpiła w pół godziny po zastrzyku, nasilała się stopniowo i trwała od 12 do 48 godzin. Wagotonina obniżała ciśnienie krwi w tych nawet przypadkach, gdzie upust krwi (500 cm³.), nakłucie lędźwiowe (20 cm³.), zastrzyknięcie acetylcholiny (40 ctgr.), padutiny, yohimbiny, wdychiwanie amyl-nitritu, przyjęcie kilku kropel trinitriny, nie dawały zbyt wyraźnych zmian ciśnienia. Środki powyższe poza tem działały krótko, natomiast wagotonina działa dłużej.

Na podstawie swych badań autorzy przychodzą do wniosku, że wagotonina ma dużą wartość leczniczą, jest szczególnie pomocna przy nadciśnieniu u sympatikotoników. Zastosowanie jej jest zupełnie bezpieczne, bowiem nie wywołuje powikłań poważniejszych (w kilku przypadkach stwierdzono wystąpienie

pokrzywki). Wagotonina wskazana jest zwłaszcza w przypadkach zmiennego nadciśnienia, napadowego, gdzie ona gra rolę hormonu regulującego.

J a h i e l R. *O jednej z przyczyn tworzenia się zrostów wątrobowych po operacji usunięcia woreczka żółciowego*, str. 331—333.

Dr. A. Fiumel.

LA PRESSE MÉDICALE 1933, R. XLI, Nr. 18 z 4 marca, str. 345—368.

P a u t r i e r L. M. *Sclerodermja, cheloides i calcaemia*", str. 245—347.

P r o b y H. *Nieznane zaburzenia konstriktorów gardzieli*, str. 348.

P i e r i G. *Mięsiak wewnętrznego menisku kolana*, str. 348—349.

Dr. A. Fiumel.

LA PRESSE MÉDICALE 1933, Nr. 19, R. XLI, z 8 marca, str. 369—392.

O l m e r D. i O l m e r J. *Kalaazar u dorosłego stałego mieszkańca*, str. 369—371.

B e n s a u d e R. *Promienica pierwotna odbytniczo - prostnicza*, str. 371—375.

H a m b u r g e r M. i G u é r i n *Leczenie posocznic zastrzykiwaniami dożylnemi alkoholu*", str. 375—377.

Autorzy podają, że alkohol daje dobre wyniki przy leczeniu odoskrzelowego zapalenia płuc i ropnia płuc, jak to stwierdzają obserwacje poszczególnych autorów. Trzeba przypuszczać, że stosowanie alkoholu może być szersze. W celu uniknięcia zatrucia lub hemolizy lub koagulacji krwi, należy ustalić wielkość dawki alkoholu i jego rozczyn. Badania doświadczalne Fohla wykazały, że alkohol w rozcieńczeniu od 5 do 40 % może być stosowanym dla celów leczniczych. Landau proponuje 33% rozczyny.

Następnie autorzy podają dwa własne przypadki posoczniczy, w których z wynikiem bardzo dobrym stosowali alkohol. Mianowicie, zastrzykiwali codziennie do żyły 5 — 10 cm³. 33% rozczynu. Ogólna dawka alkoholu wynosiła 85 cm³. (11 zastrzyków). Bär w przypadkach zakażenia popołogowego zastrzykiwał jednorazowo 200 cm³. 30% rozczynu alkoholu i otrzymywał dobre wyniki.

Technika zastrzykiwania dożylnego jest prosta: dla uniknięcia koagulacji krwi nie należy wciągać jej do strzykawki, zastrzykiwać alkohol wolno. Z najczęstszych powikłań, stwierdzanych po zastrzyknięciu alkoholu były bóle o różnem nasileniu wzdłuż żyły i nieraz tworzenie się zakrzepu w żyle. Można wytłómaczyć działanie alkoholu jego działaniem bakterjobójczem, pobudzającym odporność ustroju, powinowactwem do tkanek i jego właściwościami lymfagogicznemi.

Alkohol jest dobrym środkiem leczniczym przy ciężkich posocznicach ostrych czy przewlekłych. Warunkiem nieodzownym stosowania alkoholu jest należyta sprawność poszczególnych narządów ustroju (serce, płuca, nerki, wątroba).

C h a b a n i e r H., L o b o - O n e l l C. i L e l u E. *Uwagi co do wskazań stosowania insuliny w rozczynach oleistych*, str. 377—378.

Zakres stosowania oleistych rozczynów insuliny jest bardzo ograniczony. Można stosować te rozczyny tylko w przypadkach ciężkich cukrzycy, w których rozczyny wodne już nie działają. Jako jedno z nieprzyjemnych powikłań, występujących po zastrzyknięciu oleistej insuliny jest tworzenie się bolesnego nacieczenia w miejscu zastrzyku, oraz rop-

nia i przetok. Z chwilą udoskonalenia techniki przygotowania rozczynów eleistych insuliny stosowanie jej zapewne będzie rozleglejsze.

Dr. A. Fiumel.

LA PRESSE MÉDICALE, 1933, R. XLI, Nr. 20, z 11-go marca, str. 393—416.

Calmette A. *O szczepieniu ochronnem przeciw gruźlicy przez BCG.*, str. 393—394.

Szczepienie ochronne drogą doustną u noworodków dowiodły już nieszkodliwości tej metody dla ustroju, a zarazem skuteczności w obronie przed zakażeniem gruźliczem. Szczepienia ochronne na dużą skalę są stosowane na całym świecie. Autor tej pracy, uważając że ta metoda może być również zastosowana i u dorosłych nie allergicznych, przedsięwziął cały szereg badań w tym kierunku. W tym celu Instytut Pasteura w Brazzaville w Afryce ekwatorjalnej na wniosek autora przeszczepił uczniów jednej ze szkół nie uczulonych na tuberkulinę i w 82% stwierdził odporność szczepionych po 3-ch miesiącach, w 16% po pół roku. Badania te dowiodły, że szczepienie ochronne ma wartość u dorosłych nie uczulonych na tuberkulinę. W 1927 roku w szpitalu szkolnym Ulleval w Oslo, gdzie corocznie szkoli się 120 pielęgniarek, przeznaczonych do pracy przy chorych gruźliczych, d-r Heimbeck przeszczepił wszystkie słuchaczki i otrzymał odporność u 104.

Scheel stwierdził u 176 studentów medycyny allergicznych śmiertelność z powodu gruźlicy wynoszącą 2%, u 82 nie allergicznych śmiertelność wynosiła 5.6% i wreszcie u 90 allergiczych po szczepieniu — 2.3%.

Autor na podstawie powyższych obserwacyj przychodzi do wniosku, że personel lekarski lub pielęgniarski musi być obowiązkowo szczepiony ochronnie przeciw graźlicy przez BCG. (dawki doustne jak i dla noworodków), o ile badaniem szczegółowem stwierdzi się u nich brak zakażenia gruźliczego i negatywny odczyn Pirqueta. Tą drogą można zabezpieczyć powyższy personel przed niebezpieczeństwem zakażenia gruźliczego.

Voron J. i Pigeaud H. *Zmiany współczynnika Maillarda w przebiegu uporczywych wymiotów ciężarnych*, str. 392—397.

Grisel P. i Apert E. *Synostosis occipito - atlantoides congenitalis*, str. 397—400.

Adlersberg D. i Porges O. *Leczenie cukrzycy dietą ubogą w tłuszcze*, str. 400—402.

Autorzy tej pracy stosowali przy leczeniu cykrzycy djetę bogatą w węglowodany, a ubogą w tłuszcze. Wyniki lecznicze były dobre. Następnie podają kilka schematów djety dla poszczególnych przypadków cukrzycy.

Dr. A. Fiumel.

LA PRESSE MÉDICALE, 1933, R. XLI, Nr. 21, z 15-go marca, str. 417—432.

Ombrèdanne L. *Obojnactwo całkowite*, str. 417—419.

Lèvy-Solal Ed. *Metoda leczenia zakażenia połogowego*, str. 419—420.

Hortolomei N. i Pavel I. *Dowody dla nowej klasyfikacji żółtaczek*, str. 421—422.

Dr. A. Fiumel.

LA PRESSE MÉDICALE, 1933, R. XLI, Nr. 22, z 18-go marca, str. 433—456.

Debré R. *Wykład inauguracyjny: nauka o odporności, jej powstaniu i rozwoju*, str. 433—439.

J a c q u e l i n Ch. i P. C h e n e. *Trudności i niepewność rozpoznania owrzodzenia dwunastnicy*, str. 439—441.

Autorzy tej pracy uważają, że rozpoznanie owrzodzenia dwunastnicy należy do trudnych zwłaszcza w tych przypadkach, gdy obraz kliniczny cierpienia nie jest typowy i przedstawia duży polimorfizm, lub gdy badanie radjologiczne nie wykazuje cech owrzodzenia. W przypadkach wątpliwych, według zdania autorów, należy przedewszystkiem brać pod uwagę przebieg kliniczny cierpienia, nawet przy braku zmian radjologicznych. Autorzy uważają, że stan chemizmu treści żołądkowej może w przypadkach niepewnych być bardzo pomocnym dla rozpoznania. Mianowicie, w przebiegu owrzodzenia dwunastnicy w 75% można stwierdzić nadkwasność, natomiast przy cierpieniach woreczka żółciowego najczęściej — podkwasność lub brak zupełny kwasoty.

K u h l m a n n J. *Plamica izolowana otrzewnej*, str. 441—443.

Dr. A. Fiumel.

PARIS MÉDICAL, 1933, R. XXIII, Nr. 7, z 18 lutego, str. 141—172.

C é l i c e J. *Choroby dróg oddechowych w 1933*, str. 141—156.

S e r g e n t E. i P o u m e a u-D e l i l l e. *Lipjodol podany transparjetalnie w badaniu rentgenowskim układu oddechowego*, str. 156—158.

C o r d i e r V. *O typie klinicznym rozedmy*, str. 158—162.

Autor opisuje typ kliniczny rozedmy występującej przeważnie u mężczyzn względnie młodych (40 lat) ze skłonnością do otyłości. Odkładanie się tłuszczu jest wyraźnie elektywne, oszczędza kończyny dolne i jamę brzuszną, a dotyczy przedewszystkiem szyi i twarzy (szczeg. okolicy ślinianek).

Współczynnik oddechowy u tych chorych jest obniżony (0.65 — 0.80), przemiana podstawowa podwyższona do 20%. Stwierdza się również niedomogę w trawieniu tłuszczów i węglowodanów. Zdaniem autora zespół ten uwarunkowany jest bądź 1) chorobą gruczołów dokrewnych z niedomogą przedewszystkiem tkanki płucnej (według koncepcyj Roger i Bineta) bądź 2) zespołem humoralnym z zaburzeniami obu przemian tłuszczowej i węglowodanowej.

P r u v o s t, M a l l e t i H e n r i o n. *Postać piersiowa choroby Hodgkina*, str. 162—167.

Opis przypadku lymphogranulomatosis maligna, który pierwotnie rozpoznano jako gruźlicę. Radjologicznie stwierdzono ognisko gruczołowo-płucne, a w okolicy przedmostkowej wytworzyło się ognisko pod postacią masy guzowatej, w której stwierdzono chełbotanie tak, że symulowało zimny ropień. Rozwijający się świąd skóry, hiperleukocytoza, brak laseczników Kocha naprowadziło na właściwe rozpoznanie, potwierdzone w następstwie badaniem wycinka gruczołu pachowego, w którem stwierdzono obecność komórek Sternberga.

H u g u e n i n i D e l a r u l. *Znaczenie rozpoznawcze bronchoskopji radjologicznej w rakach pierwotnych płuca*, str. 167—172.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE, 1933, R. XV, Nr. 2.

T e r r i e n, V e i l P r., D o l l f u s M. A. *14 przypadków odklejenia siatkówki, leczonych przy pomocy galwano-kauteryzacji nadnaczyniówkowej*, str. 81—90.

A. opisują chorych leczonych techniką Dr. Paufique, a mianowicie przyżeganiem cienką igłą (2 mm. dł. i 1 mm.

szer., zgiętą pod kątem około 100°) przestrzeni nadnaczyniówkowej w miejscu oderwania siatkówki, przez kilka nacięć w białkówce wokoło uszkodzonego miejsca po odseparowaniu przez te nacięcia naczyniówki. Z komplikacji zauważono wylewy krwawe siatkówkowe w sąsiedztwie przypalania i wysięki w ciałku szklistem, które z czasem prawie się rozsysały. Z 12-tu przypadków — wyleczonych było 6, z polepszeniem — 3, bez zmian — 2, w jednym przypadku nastąpiła recydywa. Te dane są jakoby lepsze od kauteryzacji Guista-Lindnera i diatermo-koagulacji.

Villard H. i Dejean. *Torbiele tęczówki,* str. 91—121.

W szczegółowej pracy, obejmującej 230 przypadków, autorzy dają całokształt tego schorzenia. Dzielą torbiele tęczówki na 4 grupy: urazowe, pasorzytnicze, wrodzone i samoistne. Wśród urazowych rozróżniają: perliste i surowicze. *Perliste* biorą nazwę od ich podobieństwa z formy i koloru do pereł, uiokowane są na przedniej powierzchni tęczówki i połączone z nią zwykle kilkoma naczyniami i nitkami tkanki łącznej. *Surowicze* — mieszczą się między tęczówką, a rogówką i mogą być rozmaitej formy; powstają z utkania tęczówki, są przezroczyste często nakrapiane barwikiem. Wśród nich rozróżniają: torbiele wśród i nabłonkowe w zależności od ich rozwoju i natury. Perliste torbiele są następstwem urazu przedniego odcinka oka; powstanie ich można wywołać eksperymentalnie zaszczepieniem do przedniej komory kawałka spojówki, skóry lub włosa, wokoło którego gromadzą się i rozmnażają komórki nabłonkowe. Torbiele nabłonkowe spotykają się i powstają najczęściej drogą penetracji nabłonka ze zranionej rogówki. Torbiele wśródbłonkowe są o wiele rzadsze, rozwijają się z nabłonka tęczówki, wyściełającego ścianki torbieli; spotykają się nieraz po operacji zaćmy. Wśród pasorzytów zdolnych do przeniknięcia do przedniej komory w postaci torbieli, należy wymienić Taenia Solium i Taenia Echinococcus. Są to przypadki bardzo rzadkie i w liczbie około 30-u opisane są tylko w Niemczech i Ameryce.

Torbiele samoistne są przeważnie surowicze. Mogą się rozwijać: 1) na przedniej stronie tęczówki, 2) na jej tylnej powierzchni, przez zrosty ciałka rzęskowego z tęczówką, 3) przez zdwojenie 2-ch tylnych barwikowych warstw tęczówki. Z punktu widzenia rozwoju należałoby podzielić: na torbiele retencyjne, zrostowe, od zdwojenia warstw nabłonka tęczówki, błądzące.

Retencyjne torbiele przeważnie pochodzą z rozszerzenia dróg limfatycznych, pozatem drogą mechanicznego zamknięcia i rozszerzenia wgłębień tęczówki (przedniego listka) lub pomiędzy tkanką podścieliskową, a nabłonkiem barwikowym.

Zrostowe torbiele powstają na skutek zrostu częściowego tęczówki i rogówki lub soczewki i ciałka rzęskowego, jako rezultat spraw zapalnych i wylewów krwawych.

Torbiele na skutek zdwojenia warstw nabłonka tęczówki spotykają się dość często nie spowodowane urazem, zawartość torbieli znajduję się między dwoma warstwami nabłonka tęczówkowej części siatkówki. Przyczyną tego zdwojenia może być jaskra.

Torbiele błądzące są bardzo rzadkie i należy przypuszczać, że prawdopodobnie powstają drogą oddzielenia się od przedniej powierzchni tęczówki.

Pierwszy okres istnienia torbieli nie daje objawów chorobowych. W drugim okresie następuje podrażnienie tęczówki lub rogówki. W trzecim — stan zapalny i wreszcie — objawy jaskrowe.

C o p p e z L. *Dawkowanie djatermokoagulacji galki elektrodą pyrometryczną*, str. 122—133.

Opisując koagulacyjny sposób leczenia oderwania siatkówki (w zastępstwie sposobów przyrzegań Gonin'a i kauteryzacji chemicznej Sourdille'a i Lindnera), autor wskazuje na różne rezultaty leczenia tej metody w zależności od trudności dozowania temperatury podczas tworzenia koagulacyjnego strupa. Przytacza opis elektrody pyrometrycznej, zapomocą której można określić i otrzymać temperaturę najstosowniejszą dla przyrzegania. Podczas tego zabiegu białkówka pozostaje nieuszkodzona a zadziałanie następuje w tkankach siatkówki i naczyniówki. Temperatura przy której tworzy się koagulacja ma kolosalne znaczenie i dlatego posiadanie aparatu umożliwiającego jej regulację pozwoli na racjonalne leczenie odklejenia siatkówek.

S a b a d e a n u V. *Błądzące ciała obce w oku*, str. 134—145.

Przesuwające się ciała obce w oku są zjawiskiem dość rzadkiem. Autor daje kilka przykładów z literatury, opisując jednocześnie drogi, jakiemi wędrują obce ciała wewnątrz oka i w jaki sposób nieraz samoistnie zostają z gałki usunięte; przytacza zatem tłomaczenia tego zjawiska. Wagenmann i Nedden są zdania, że przyczyną migracji jest stan zapalny, wywołany zadziałaniem chemicznem obcych ciał. Spechtenhauser przypuszcza, że obce ciało powoli powraca do wejściowego otworu na skutek retrakcji utkania bliznowatego, powstającego z wysięku. Prof. Michail tłomaczy przesuwanie się ciał akcją mechaniczną prądów osmotycznych w przedniej komorze i stałym masarzem brzegu źrenicowego tęczówki przedniej powierzchni soczewki. Denig przypuszcza, że tu gra rolę chemiotaksis warstwy leukocytarnej otaczającej obce ciało. Lampert i Lambert twierdzą, że fizjologiczne ruchy oka mogą działać jako siła odśrodkowa odrzucająca obce ciało do przedniej komory, gdyż w tym kierunku zwykle przesuwają się obce ciała z okolicy tylnego odcinka oka. W końcu autor daje opis swego przypadku wypowiadając zdanie, że zapewne niejedna, a wiele przyczyn składa się na przesuwanie obcego ciała, które może przebywać w oku nawet długie lata nie przyczyniając choremu dolegliwości. I dopiero podrażnienie przedniego odcinka gałki wywołuje stany zapalne i niebezpieczeństwo dla oka.

Dr. Pol.

JOURNAL DE CHIRURGIE, T. XLI, Nr. 2, luty 1933 r., str. 177—352.

M o c q u o t P. *Interwencja chirurgiczna w przypadkach żółtaczki z zatrzymania — bez przeszkody. Wpływ drenowania dróg żółciowych na czynność wątroby*, str. 177—193.

Opis 2 przypadków własnych i kilku zebranych z piśmiennictwa — żółtaczki z zatrzymania (e retentione) bez istnienia faktycznych przeszkód mechanicznych w drogach odprowadzających żółć. Zastosowano cholecystostomję — żółtaczka ustąpiła.

D a n i é l o p o l u D. i M a r c o u J. *Fizjologiczne podstawy leczenia operacyjnego dusznicy*, str. 194—214.

Szczegółowe studjum fizjologiczne dróg nerwowych i mechanizmów odruchowego powstawania bronchosparmu pozwala ustalić, że włókienka parasympatyczne oskrzeli (bronchoconstrictores) wywodzą się z trzewnego jądra nerwu błędnego, biegną poprzez pień tegoż nerwu i mają synapsę w ścianach oskrzeli. W nerwie sympatycznym nie stwierdzono włókienek zwężających oskrzela.

Włókienka sympatyczne oskrzeli (bronchodilatatores), wychodząc z rdze-

nia, biegną poprzez zwój gwiaździsty gdzie tworzą synapsę. Nieznaczna grupa włókienek sympatycznych przechodzi prawdopodobnie i przez n. błędny, wychodząc z opuszkowego ośrodka współczulnego. Włókienka dośrodkowe, drażnienie końca dośrodkowego których może powodować objawy odruchowe ze strony oskrzeli, dostają się do pnia nerwu błędnego przeważnie poprzez gałązki piersiowe, możliwe że i przez gałązki leżące powyżej odejścia n. zwrotnego (recurens). Druga grupa biegnie prawdopodobnie poprzez zwój gwiaździsty (możliwe że i poprzez anastomozy nerwu współczulnego i błędnego). Na podstawie powyższych wniosków autorzy stosują leczniczo następujący zabieg operacyjny: przecięcie n. błędnego po stronie prawej poniżej odejścia n. recurens, wycięcie szyjnego nerwu współczulnego z pozostawieniem zwoju gwiaździstego, przecięcie gałązek n. błędnego odchodzących powyżej odejścia n. recurens, przecięcie n. vertebralis, oraz gałązek łączących (rami comunicantes) wychodzących z ggl. stellatum. Po stronie lewej szyi — to samo, bez przecięcia n. błędnego.

W o r m s R. *W sprawie zaburzeń nerwowych w następstwie utraty krwi*, str. 215—228.

Autor opisuje kilka przypadków i omawia piśmiennictwo tego zagadnienia. Najlepsze wyniki lecznicze uzyskano przez przetaczanie krwi.

P r o u s t R. *Przecinanie i rozdzielanie zrostów opłucnowych w leczeniu gruźlicy płuc*, str. 229—246.

Przegląd krytyczny.

J. Szulc.

THE LANCET, Nr. 5717 z 25 marca 1933, str. 621—676.

C r u i c k s h a n k R. *Zakażenia pneumokokowe*, str. 621—626, (II).

Porównywanie śmiertelności od płatowego zapalenia płuc w różnych miejscowościach, lub w tej samej miejscowości w różnych latach statystycznych wymaga uwzględnienia różnych typów pneumokoków, wieku chorych, warunków topograficznych i klimatycznych. Źródłem zakażenia jest stykanie się z chorymi i rekonwalescentami.

T h e o b a l d G. W. *Stosunek białkomoczu u ciężarnych do chronicznego nefrytu*, str. 626—630.

Na podstawie statystyk nie ma dowodu, żeby ciąża przyczyniała się do powstawania chronicznego zapalenia nerkowego. Pogląd ten należy zwalczać, gdyż wywołuje on niepotrzebny niepokój u kobiet zamężnych, a może nawet zwiększać tendencję do poronień.

F r e e m a n S. *Antigen z traw odczulający na gorączkę sienną*, str. 630—632 (dokończenie).

Odczulanie nie stwarza obawy, że w następstwie pojawi się jeszcze większe uczulenie niż poprzednio. Stwierdza się większy skutek w przypadkach ciężkich niż lżejszych, ale znów te ustępują przy zwykłych sposobach leczniczych bez uciekania się do antigenu.

S h i r l e y K., S m i t h. *Odżywianie serca w związku z elektrokardjografją i bólami dusznicowemi*, str. 632—636.

Odchylenia elektrokardjograficzne są odmienne w sprawach wieńcowych niż w myokardjalnych na tle toksycznem lub odżywczem.

W. O.

THE LANCET, 1933, Nr. 5718, z 8 kwietnia, str. 677—732.

B r u c e J. Y o u n g. *Biegunka i wymioty u oseskńw*, str. 677—680.

Zarys terapji z podkreśleniem przepłókiwania żołądka i dużych dawek kao-

liny. Jako środek przeciw auto-reinfekcji unieruchomienie (względne) rąk.

C r u i c k s h a n k R. *Zakażenia pneumokokowe*, str. 680—685 (III).

Studjum epidemjologiczne nad bronchopneumonją. Powoduje ją pneumokok saprofityczny należący do grupy *X* na tle obniżonej odporności ustroju, wskutek zmian atmosferycznych, błędów w odżywianiu i ubóstwa. Typy pneum. *I* i *II* są agresywniejsze niż typ *III* i grupa *X*. W zakażeniach poza oddechowych pierwsze spotykamy w empyemach, meningitach pierwotnych, peritonitach; drugie w zapaleniach ucha wewnętrznego, wtórnych meningitach, i zapaleniach gnojówki, zwłaszcza u dzieci.

B o u r n e L. *Trzy przypadki paroksyzmalnego trzepotania przedsionków*, str. 686—688.

W pierwszym przypadku sekcja wykazała zakrzep wieńcowy, w dwóch pozostałych dygitalizacja wywołała początkowe wzmożenie bloku a następnie znaczną poprawę, aż do normalnego rytmu.

B r o c k R. C. *Obliczanie płytek w przypadkach pooperacyjnych zakrzepów żylnych*, str. 688—690.

Obok znanych czynników, jak nieruchomość zwalniająca bieg krwi, ucisk bandażów, upośledzone oddychanie, odwodnienie krwi zwiększające jej krzepliwość zdaje się odgrywać główną rolę zwiększona ilość płytek.

H a r l e y D. *Odczyny skóry ludzkiej na obce surowice*, str. 690—692.

Najsilniejszy odczyn daje surowica końska, następnie owcza, świńska, koźla i t. d., gdy krowia jest znoszona bez odczynu nawet po wielokrotnem stosowaniu.

THE LANCET, Nr. 5719 z 8 kwietnia, 1933, str. 733—784.

T r e a d g o l d H. A. *Ciśnienie krwi u zdrowych młodych mężczyzn*, str. 733—740.

Wiek od 18 do 40 i proporcjonalny wzrost oraz ciężar nie wywierają wpływu na ciśnienie.

Przy dysproporcji wzrostu i ciężaru ciśnienie waha się od 118/75 dla lekkich do 132/82 dla ciężkich.

Przy pierwszych badaniach wielkie znaczenie ma czynnik emocji wpływający głównie na ciśnienie skurczowe.

Thyreoidyzm u skądinąd zdrowych mężczyzn daje nieco wyższe oba ciśnienia. Białkomocz czynnościowy nie wywiera wpływu na ciśnienie, za to cukromocz podnosi je zlekka. Przebyta płonica daje zwykle wzrost ciśnienia rozkurczowego. Hypotensja godzi się z doskonałem zdrowiem. Przy pierwszych badaniach równoważy ją czynnik emocji. Przypuszczać ją można gdy ciśnienie rozkurczowe wynosi poniżej 70. Są to przypadki z tendencją do niskiego ciężaru. Można u zupełnie zdrowych pilotów spotkać się z ciśnieniem skurczowem 140 i wyżej (u 6% pilotów). W tych przypadkach mamy skłonność do dużego stosunkowo ciężaru ciała.

Niskie napięcie tętna z wysokim rozkurczowym należy uważać za patologiczne jak zresztą każde rozkurczowe powyżej 90.

Hypo i hypertensja jest prawdopodobnie wyrazem usposobienia konstytucjonalnego.

P o y n t o u F. J., W r i g h t G. i L a u r e n t L. *Objawy kliniczne choroby Addisona występujące w przebiegu raka płuc*, str. 740—743. Opis dwóch przypadków.

E a s o n J. i L y o n D. M. *Djeta węglowodanowa w cukrzycy*, str. 743—745.

Zmniejszając ilość tłuszczu możemy zwiększać porcję węglowodanów bez powiększania dawki insuliny o ile ogólna wartość kaloryczna pokarmu utrzymuje się niżej niż poprzednio.

Zapotrzebowanie na insulinę u djabetyka wydaje się być proporcjonalnem do ogólnej ilości gramów pożywienia.

Wydaje się, że dzięki tym danym djeta dla djabetyków może być bardziej urozmaicona niż na to pozwalały dotychczasowe poglądy.

W a t s o n J. *Kwas butyrowy w leczeniu raka*, str. 746—748.

Kwas butyrowy działa niszcząco na tkankę rakową, nie uszkadzając zdrowej, czyli że jego wpływ jest selektywny. Nadaje się do oczyszczania owrzodzeń przed poddaniem ich leczeniu radem.

THE LANCET, 1933, Nr. 5720, z 15 kwietnia, str. 785—840.

N e w m a n Ch. *Fizjologja woreczka żółciowego i zaburzenia jego czynności*, str 785—791.

Wykład kliniczny.

S a u n d e r s .J C. *Odczyn po stosowaniu alum-toxoidu dla zapobiegania błonicy*, str. 791—795.

Autor dowodzi wyższości tego środka nad toxoid-antytoksyną. W połowie przypadków szczepionych powstawało nieznaczne stwardnienie, które następnie znikało. To zwolnione wchłanianie ma wzmagać antygeniczną reakcję ustroju.

B o n n e y V. *Cięcie cezarowe w dolnym segmencie*, str. 796—797.

Opis techniczny.

S h e l d o n J. H. *Zapalenie opon mózgowych surowicze natury allergicznej*, str. 798—800.

Opis przypadku.

W e b e r F. *Przypadek erythraemji z żółtaczką i wymiotami krwawemi*, *str. 800—801.*

Opis przypadku.

W. O.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE, 1933, Nr. 1, styczeń, str. 1—172.

S u z m a n M. M. *Niedokrwistość, zapalenie języka oraz zaburzenia w połykaniu jako jednolity zespół objawów*, str. 1—21.

Zespół powyższy znany jest pod nazwą zespolu Plummer-Vinson'a. Dotąd uważano, iż sprawą pierwotną są zaburzenia w połykaniu, zależne od nieprawidłowego rogowacenia nabłonka i zaniku włókien mięsnych w obrębie języka, gardzieli i przełyku. Niedokrwistość uważano za sprawę wtórną, stojącą w związku ze złem odżywianiem. Jednakże szereg autorów podaje, iż niedokrwistość wystąpić może wiele lat przed ujawnieniem się zaburzeń przełykowych.

Autor przypuszcza, że powyższy zespół zależy od samoistnej hipochromicznej niedokrwistości, zaś zaburzenia przełykowe uważa za sprawę wtórną. Za tem przemawiają dobre wyniki podawania dużych ilości żelaza.

H u r z t h a l L. *Zawartość cholesteryny we krwi w przypadkach cierpień tarczycznych. Wyniki otrzymane w wolu niejadowitem i jadowitem przed leczeniem*, str. 22—32.

Autor zbadał 505 przypadków na zawartość we krwi cholesteryny naczczo, notując jednocześnie tętno, wagę i przemianę podstawową.

Najniższe wartości cholesteryny wykazywały przypadki blizkie przełomów tarczycowych. Ponieważ małą zawartość cholesteryny znajdywano w przypadkach wola złośliwego z migotaniem przedsionków. Poziom cholesteryny w

chorobie Basedowa jest niższy, niż w tyreotoksykozach wtórnych. Wole dobrotliwe wykazuje przeważnie prawidłową zawartość cholesteryny. Najwyższe ilości cholesteryny wykazują przypadki przewlekłego zapalenia gruczołu tarczowego.

Brams W. A., Katz L. N., Schutz W. J. *O nowej metodzie oznaczania ciśnienia śródżylnego*, str. 33—37.

Tarr L. *O przemijającej methemoglobinemji po zażyciu azotanu amonu*, str. 38—44.

Autor podaje cztery przypadki methemoglobinemji. Nie spostrzegał zaburzeń żołądkowo-jelitowych; w 2 przypadkach istniały objawy niedomogi nerek, w 2 innych — objawy podrażnienia kory mózgowej w okresie największego nasilenia sinicy.

Joumans J., Bell A., Donley D., Frank H. *Obrzęki endemiczne pochodzenia pokarmowego. Równowaga azotowo-białkowa w surowicy*, str. 45—61.

W 11 przypadkach obrzęków pochodzenia pokarmowego znajdywano prawidłową zawartość białka całkowitego, zwiększenie ilości globulin, nieznaczne zmniejszenie albumin. Ciśnienie osmotyczne w większości przypadków było obniżone. Podawanie większej ilości białka wywoływało wzrost albumin z jednoczesnem znikaniem obrzęków.

Segall H. *Wykrywanie szmerów w ostrem zapaleniu osierdzia*, str. 62—76.

Kato K., Brunschwig A. *Ostra białaczka występująca w przebiegu limfosarkomatu*, str. 77—89.

Autorzy opisują dwa przypadki limfosarkomatów z normalnym początkowo obrazem krwi. W obu przypadkach po zastosowaniu głębokich naświetlań promieniami Rentgena rozwinęła się ostra białaczka limfatyczna.

Ries F., Still E. *O jadowitości oczyszczonych preparatów żółci. Wpływ na układ naczyniosekowy*, str. 90—99.

Autorzy wykazali doświadczalnie na zwierzętach, iż sole żółciowe nie wpływają na przewodnictwo włókienek nerwowych. Małe stężenia wzmagają pobudliwość zakończeń nerwu błędnego, osłabiając jednocześnie wrażliwość nerwów zwężających naczynia. Duże stężenia porażają zakończenia obu układów autonomicznych. Doświadczenia te tłumaczą zwolnienie tętna w żółtaczce mechanicznej. Ośrodki rdzeniowe są bardziej odporne na działanie soli żółciowych, niż zakończenia nerwowe.

Ching R., Diggs L. *Usunięcie śledziony w niedokrwistości z ciałkami sierpowatemi* (sickle cell anemia), str. 100—111.

Bellet S., Gouley B., Mc. Millan. *Odżywianie mięśnia sercowego przez naczynia Thebesiana w sercu, którego naczynia wieńcowe zostały zniszczone przez zmiany gruźlicze mięśnia sercowego*, str. 112—121.

Soskin S., Katz L., Strouse S., Rubinfeld S. *Leczenie starszych chorych na cukrzycę z jednoczesnem cierpieniem układu naczyniowo-sercowego*, str. 122—142.

W przypadkach spostrzeganych przez autorów szkodliwy dla mięśnia sercowego wpływ insuliny był następstwem wtórnej hipoglikemji. Zmiany otrzymane na elektrokardjogramie w odcinku S — T i fali T po insulinie zależały od przebiegu zespołu QRS, mianowicie posiadały kierunek zawsze przeciwny. Podobne wyniki otrzymywano również po

insulinie stosowanej w celach leczniczych, jak również po djecie skąpo węglowodanowej bez insuliny. Zarówno podawanie insuliny, jak i djety ubogiej w węglowodany, szło w parze z podmiotowemi dolegliwościami chorych. Jeśli działanie insuliny ułatwia tkankom gromadzenie węglowodanów, to jednak w stosunku do chorego mięśnia sercowego działanie to jest przeciwne; wywołując hipoglikemję insulina utrudnia pracę mięśnia sercowego, niezdolnego do prawidłowego gromadzenia węglowodanów.

Gordon A., Rabinowitch *Żółty zanik wątroby. Opis przypadku ze szczególnem uwzględnieniem gospodarki miedzi,* str. 143—151.

Herrin R., Meek W. *Rozciągnięcie jako czynnik w niedrożności jelit,* str. 152—168.

Na podstawie badań doświadczalnych autorzy dochodzą do wniosków, iż doświadczalne rozciągnięcie wyodrębnionej pętli jelitowej metodą Whipple'a daje szereg objawów spostrzeganych w ostrej wysokiej niedrożności jelit. Geneza tych objawów jest prawdopodobnie wspólna. Aut. nie spostrzegali objawów zatrucia bakteryjnego lub produktami rozpadu tkanek jelitowych. Najtrwalszym objawem jest wzmożone wydzielanie rozciągniętej pętli z objawami rozpuszczenia oraz utraty chloru przez tkanki, zmniejszeniem pojemności krwi i osocza, zwiększoną zawartością hemoglobiny, zwiększeniem zasobu zasad, zwiększeniem azotu niebiałkowego i utratę chloru przez krew. Śmierć występowała 11 dnia, prawdopodobnie nie wskutek zatrucia, lecz wskutek utraty chloru, nadmiernie wydzielanego przez podrażnioną pętlę. Zwierzęta mogą być utrzymane przy życiu, gdy podać im małe ilości 10% rozczynu soli do jelit.

mg.

ARCHIVES OF SURGERY, 1933, Nr. 5, listopad, str. 819—1010.

Steinberg M. E. i Claude Proffitt. *Etjologja pooperacyjnego wrzodu trawiennego,* str. 819—848.

Autorzy wykonali połączenia żołądkowo-jelitowe różnemi metodami na 100 psach. Celem doświadczeń było wyszukanie czynników, sprzyjających tworzeniu się pooperacyjnego wrzodu. Doświadczenia wykazały, że kwas solny i pepsyna wywołują owrzodzenia w obecności mechanicznej przeszkody. Przeszkodą może być zagięcie pętli jelita lub wązki otwór w połączeniu żołądkowo-jelitowem. Przemawia zatem twierdzeniem obecność owrzodzeń po stronie dożołądkowej pętli. Jeśli natomiast dokonano wycięcia dna żołądka i nałożono połączenie wg. Billroth II, nigdy nie spotkano wrzodu, choć nawet sztucznie wytwarzano zgięcie kolankowate jelita. Z drugiej strony połączenia żołądkowo-jelitowe wg. Billroth I z niedużem wycięciem żołądka dawały wrzody jelit, szczególnie gdy zrobiono równocześnie kolanko na jelicie. Autorzy zastosowali niektóre metody operacyjne na ludziach i przekonali się, że szerokie otwory połączeń żołądkowo - jelitowych między dnem żołądka a jelitem, zapobiegają najbardziej powstaniu wrzodu pooperacyjnego. Należy przy tem unikać wytworzenia się zgięcia pętli jelita. W przypadkach wycięcia części jelita z powodu owrzodzenia należy połączenie end-to-end założyć przed połączeniem żołądkowem. W przeciwnym razie połączenie to wywołać może zastój treści żołądkowej w obwodowej części jelita i działać jak zagięta pętla. Zdaniem autorów infekcja gra tu rolę drugorzędną. Materjał nierozpuszczalny i krwiaki przyczyniają się w bardzo małym stopniu do powstania wrzodu trawiennego.

J e n k i n s, H i l g e r, P e r r y. *Doświadczalna niedrożność jelit*, str. 849—862.

Różnica w długości życia zwierząt doświadczalnych, u których zrobiono zamknięcie jelita w pobliżu żołądka, może być wytłumaczone niejednakowem zatruciem toksynami lub stratą wydzieliny żołądkowej. Zwierzęta, którym wszczepiono dwunastnicę poniżej zamknięcia, żyły dłużej, ponieważ żółć i sok trzustkowy mogły się wchłaniać. Strata chlorków sodu w wymiotach była uzupełniana wprowadzaniem ich do jelit przez przetokę.

C h e s t e r S. *Operacyjna rekonstrukcja stawu biodrowego wg. Whitmana*, str. 863—869.

Powyższy zabieg jest wskazany w złamaniach szyjki z równoczesnem zapaleniem stawu biodrowego. Celem zabiegu jest usunięcie bólu i zniekształceń oraz przywrócenie ruchów. Operacja kryje w sobie pewne ryzyko. Wszyscy chorzy operowani (18) osiągnęli dobre wyniki. W przypadkach z uszkodzonemi stawami wyniki były gorsze, ale na tyle zadawalające, że zachęcają do operacji i w tej grupie chorych.

L a n g F. J., H a s t h e f e r. *Zmiany w spojeniu łonowem i stawie krzyżowo-biodrowym w czasie ciąży i porodu*, str. 870—879.

Zmiany w powyższych stawach powstają wskutek rozciągnięcia ich połączeń. Autorzy spotykali torbiele między spojeniem lub nawet w samej kości, ogniska uszkodzonych tkanek, wylewy krwawe, twory torbielowate, a nawet mikroskopijne złamanie kości.

M o r t o n B r u c e. *Kiła żołądka*, str. 880—889.

Autor podaje krótki, krytyczny przegląd literatury o kile żołądka. Uwagi swe autor opiera częściowo na danych histologicznych, które ułatwiły postawienie rozpoznania. Autor opisuje przypadek kiły żołądka, który spotkał podczas operacji i który zbadał szczegółowo histologicznie.

K n e e l a n d P. F. i S t i x L o n i s. *Szkliwiak (adamantinoma)*, str. 890—897.

Opis przypadku.

A d a m s W. E. i L i v i n g t o n e H. M. *Wycięcie płatów i płuca u psów*, str. 898—908.

Autorzy wycięli 1 lub 2 płaty płuca u 20 psów; wszystkie zaś płaty po jednej stronie u 8 psów, z tych ostatnich 1 zginął. Psy pozabijano w czasie od 9 miesięcy do 1 roku, w żadnej jamie opłucnowej nie znaleziono płynu. Pojedyńcze zrosty znajdywano w okolicy kikuta operacyjnego. Elektrokardjogram wykazywał nieznaczne powiększenie serca. Prostota zabiegu i wykonania, nadzwyczaj niska śmiertelność są cechami znamiennemi tych operacyj; klinicznie dotychczas tych sposobów nie zastosowano. Zwykłe trudności t. j. odma płucna i zakażenie opłucnej, stanowiące największą przeszkodę w wycięciu płuca zostały łatwo opanowane.

S t e i n k e R. C. *Przepuklina wewnętrzna*, str. 909—925.

Autor podaje przegląd literatury, klasyfikację przepuklin wewnętrznych, tablicę z wynikami pooperacyjnemi i opis 3 własnych przypadków. Z pośród licznych przyczyn wywolujących przepuklinę, wylicza: uraz, wady rozwojowe, przebyte operacje, wrzody i nowotwory. Rozpoznanie przepukliny jest trudne szczególniej, gdy jej towarzyszy niedrożność jelit. Metoda operacyjna zależy od stanu jelita. Jeśli pętla jelita jest zdrowa, wystarczy odprowadzenie i zeszycie worka przepuklinowego; w prze-

ciwnym wypadku należy stosować wycięcie jelita i połączenie końców ze sobą.

D e s j a r d i n s Ar. *Wrażliwość komórek i tkanek na promienie radjoaktywne oraz kilka wskazań lekarskich*, str. 926—942.

S h e l l e y J. H a r o l d. *Połączenie jelitowe*, str. 943—957.

Autor podaje wskazania do różnych połączeń jelitowych i sposoby pooperacyjnego postępowania.

G o l d e r Z. M c. W h o r t e r. *Ostre zapalenie trzustki*, str. 958—990.

Autor dzieli zapalenia trzustki na 1) obrzękowe, 2) krwotoczne, 3) martwicowe, 4) ropne, 5) pourazowe, 6) złośliwe. Ludzie otyli i alkoholicy wykazują w tem cierpieniu dużą śmiertelność. W 55% przypadków znaleziono zapalenie pęcherzyka żółciowego lub kamienie żółciowe. Zatkanie przewodu żółciowego znaleziono zaledwie w kilku przypadkach. W większości zapaleń trzustki nie znajdywano zmian ani w otoczeniu ani w drogach żółciowych. Do powstania zapalenia trzustki przyczynia się dostanie się żółci do przewodu trzustkowego. Stosunkowo najlepsze wyniki osiągnięto po operacji w pierwszym dniu choroby. We wszystkich przypadkach z wyjątkiem zapalenia obrzękowego, autor radzi stosować drenowanie. Można poniekąd zapobiedz zapaleniu trzustki leczeniem otyłości, kamieni żółciowych i ognisk infekcyjnych.

Dr. Krajewski Fr.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933. R. LXXX. Nr. 5 z 3 lutego, str. 165—204.

G o e t z e O. *O mechanice żołądka*, str. 165—168.

Autor opisuje na podstawie zdjęć kimograficznych całkowitą niezależność przebiegu fal peristaltycznych od skurczów systolicznych całej mięśniówki żołądka, powodujących otwarcie odźwiernika i opróżnienie żołądka przy stopniowym wzroście ciśnienia. Prawidłowe opróżnienie się żołądka nazywa autor opróżnianiem odźwiernikowo - systolicznem. Postać hydrodynamiczna opróżniania przedstawia znaczną przewagę czynnika hydrodynamicznego nad mięśniowym. W postaci mięśniowej odpada współdziałanie odźwiernika, pozostawiając całą czynność opróżniania pracy systolicznej. Według autora peristaltyka nie bierze udziału w opróżnianiu żołądka. Jej czynność polega na mechanicznem rozdrabnianiu pokarmów i mieszaniu ich z sokami żołądka.

S c h ü b e l K. *O fizjologicznem i farmakologicznem znaczeniu choliny*. str. 168—172.

Cholina należy do hormonów parasympatycznych ustroju. Prawdopodobnie w ustroju cholina jest chroniona przed działaniem zasad i esterazy krwi. Sposób jej powstawania nie jest znany. Działa porażająco na zakończenia nerwów ruchowych, pobudza nerwy przywspółczulne, posiada wpływ synergiczny z histaminą i autogruistyczny z adrenaliną. Cholina należy do t. zw. jadów potencjalnych, to jest działa wówczas, gdy powstają odpowiednie warunki humoralne.

Cholina może posiadać zastosowanie lecznicze w nadciśnieniu, w upośledzonej czynności jelit i gruczołów trawiennych, w eklampsji.

W i n t z H. *Przerwanie ciąży promieniami Rentgenowskiemi*, str. 172—174.

L u t t e r F. *Oznaczanie wartości preparatów walerjany i słodu*, str. 174—175.

K o p p e n s t e i n E. *Objawy radjologiczne ze strony płuc w cierpie-*

niach żołądkowo-jelitowych ze szczególnem uwzględnieniem choroby wrzodowej, str. 175—176.

C a f f i e r P. *Pooperacyjne pobudzenie peristaltyki i zwalczanie atonji*, str. 176—178.

G u t t m a n n M. J. *Jak lekarz-praktyk łatwo może usunąć alergeny mieszkaniowe*, str. 178—180.

S c h o e n R. *Zapalenie nerek wstępujące* (dokończenie), str. 180—182.

Pyelonephritis chronica najczęściej jest następstwem długotrwałego zastoju moczu: u mężczyzn wskutek zwężenia cewki lub przerostu gruczołu krokowego, u kobiet wskutek guzów narządów rodnych, oraz wskutek obecności kamieni zarówno u kobiet jak i mężczyzn.

Pyelonephritis chronica bez zastoju moczowego przebiega w postaci okresowych zaostrzeń, bądź też w postaci przewlekłej.

Leczenie przypadków przewlekłych poza leczeniem układu krążenia jest przeważnie miejscowe.

K i e n b ö c k R. *W sprawie djagnostyki radjologicznej schorzeń guzowatych kości* (dok.), str. 182—186.

M a y e r - L i s t R. *O cysto-mikroskopji*, str. 186.

S t r a u s s O. *Siwalina w leczeniu owrzodzeń goleni*, str. 187.

mg.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933, R. LXXX, Nr. 6, z 10 lutego, str. 204—243.

K r e h l L. *O podstawach leczenia*, str. 204—210.

G r o e d e l F. *Radjologiczne rozpoznanie tętniaka serca*, str. 210—211.

Tętniak serca powstaje rzadziej wskutek kilaków, częściej natomiast jako następstwo wygojonego zawału serca. Autor opisuje przypadek zawału mięśnia sercowego, w którym na podstawie obrazu radjologicznego mógł rozpoznać obecność tętniaka lewej komory: na ekranie serce było niewiele powiększone, wskutek podniesienia przepony ustawione poprzecznie; ponad cieniem lewej komory widoczny był półkolisty cień wielkości jaja kurzego, tętniący przeciwnie do brzegu serca.

B r a u n A. *Reinjekcja naświetlonej krwi własnej*, str. 211—212.

Naświetlanie surowicy nie posiada żadnego wpływu na liczbę krwinek po ponownem wstrzyknięciu; tak więc czynna substancja związana być musi z ciałkiem czerwonem. Naświetlanie lampą kwarcową trwać musi 5 minut z odległości 30 cm. Jednakowe wyniki osiągano przy wstrzykiwaniu domięśniowem jak i dożylnem. Punkt zaczepienia uwolnionej przez naświetlanie substancji prawdopodobnie znajduje się w śledzionie, gdyż działanie tej substancji nie ujawnia się po usunięciu śledziony.

U r b a c h E. *Allergeny mieszkaniowe, jako przyczyna przewlekłego cierpienia skóry i przewlekłych grzybic*, str. 212—214.

F r a n k H. *Zakażenie krwi po zapaleniu żył w przypadku zapalenia migdałków z obecnością bakterji influenzy we krwi*, str. 214—218.

S e i f e r t E. *Błędy rozpoznawcze w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego*, str. 215—219.

C a f f i e r P. *Pooperacyjne pobudzenie peristaltyki i zwalczanie atonji*, str. 219—221.

B l o m b e r g H. *W sprawie leczenia spraw reumatycznych ze szcze-*

gólnem uwzględnieniem Aktinogenu, str. 221—222.

S c h n e i d e r H. *Przyczynek w sprawie leczenia złamań kostki według Böhlera*, str. 222—223.

S c h e n c k V. *O iontoforezie histaminowej*, str. 223—224.

mg.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, r. 1933. R. LXIII, Nr. 7, z 18 lutego, str. 153-180.

D a r d e l G. *Śmiertelność na raka w kantonie Bern, według powiatów i umiejscowienia raka*, str. 153—159.

Obok wola — w Szwajcarji bardzo częstą chorobą jest rak. Kraj ten pod względem śmiertelności na raka zajmuje jedno z pierwszych miejsc. W ciągu ostatnich lat 30 zmarło w Szwajcarji na raka około 150.000 ludzi, co stanowi przeszło 40% osobników w wieku ponad 40 lat. Śmiertelność na raka nie jest jednakowa we wszystkich częściach Szwajcarji; najbardziej dotknięte są kantony centralne i wschodnie, co próbowano tłumaczyć wpływem często spotykanego w tych okręgach wola. Jednakże na potwierdzenie tej teorji brak dowodów.

Autor zebrał 4153 przypadki śmierci na raka w kantonie Bern w latach 1926 — 1930. Materjał ten został podzielony według powiatów i gmin, wieku zmarłych i umiejscowienia raka. Liczba zgonów na raka jest wysoka; według statystyki autora — zmarło na raka w latach 1926 - 30 — 12,06 osób na 10.000 mieszkańców, a 42,0 osoby na 10.000 mieszkańców powyżej lat 40. W porównaniu z latami ubiegłemi śmiertelność na raka lekko się wzmogła.

Co się tyczy płci zmarłych na raka —przeważają mężczyźni (46 na 10.000) nad kobietami (37,6 na 10.000), co spotyka się stale i w innych okręgach Szwajcarji. Jednakże przewaga mężczyzn zaznacza się tylko powyżej wieku lat 50 (90,1% u mężczyzn, 85,9% u kobiet); natomiast poniżej lat 50 przeważają nieznacznie kobiety (14,1% kobiet, 9,9% mężczyzn). Innemi słowy, kobiety zapadają na raka w wieku względnie młodym, mężczyźni natomiast — w starszym. Do wieku lat 70 — śmiertelność stale wzrasta, powyżej lat 70 — u mężczyzn szybko opada, u kobiet — lekko się podnosi . W powiatach, gdzie bardzo częste są raki narządów płciowych kobiecych — największa śmiertelność dotyczy kobiet w wieku 49 — 50 lat; u mężczyzn największą śmiertelność na raka spotykano w wieku 60 — 69 lat.

Co do umiejscowienia — najczęstszym rakiem w Szwajcarji jest rak żołądka (39,8% u mężczyzn i 32,4% u kobiet); w porównaniu z latami ubiegłemi śmiertelność na raka żołądka nieco spadła. Następnym co do częstości jest rak przełyku (16,9% u mężczyzn). Dalej idą raki: wątroby i trzustki, wargi i języka. Raki narządów płciowych u kobiet stanowią 18,5%, raki sutka — 15,5%. Raki jelit dotykają jednakowo często mężczyzn i kobiety (12%). Należy podkreślić, że śmiertelność na raka żołądka jest nader różna, w zależności od powiatu. To samo dotyczy raka przełyku (ogółem 419 przypadków, z tego tylko 42 u kobiet), którego częstość dochodzi w powiatach północnych do 40%, oraz raka narządów płciowych kobiecych i sutka.

Z materjału autora wynika (zgodnie zresztą z pracami innych autorów), że największa śmiertelność na raka dotyczy okolic położonych nad większemi zbiorowiskami wód. Widocznie istnieje jakiś związek między powstawaniem raka a wilgotnością okolicy.

S t e w a r t - H a r r i s o n R. *Leczenie raka wargi*, str. 159—162.

Doniedawna, a często jeszcze i teraz panuje zdanie, że raka wargi należy leczyć wyłącznie chirurgicznie. Dopiero w ostatnich dziesiątkach lat pojawia się coraz więcej prac o leczeniu raka wargi energją promienistą. Zabieg chirurgiczny w tych przypadkach jest wprawdzie bardzo prosty, niezawsze jednak pozwala na usunięcie gruczołów z przerzutami. Ogółem badania autora opierają się na 42 przypadkach raka wargi, spostrzeganym w ciągu 12 lat. W ciągu ostatnich 4 lat stosowano głównie leczenie promieniste. Obecnie guz pierwotny leczy się z reguły wyłącznie naświetlaniami — z bardzo dobrym skutkiem. Co się tyczy okolicznych gruczołów limfatycznych — należy je bacznie obserwować, a, w razie stwierdzenia ich powiększenia — usunąć je, poczem należy zastosować pooperacyjne naświetlania promieniami Roentgena.

R u h m a n n W. *Środki drażniące tkanki i działanie masażów*, str. 163—165.

Środki drażniące tkanki (t. zw. hormony tkankowe) są to ciała pobudzające czynność danych tkanek, ewentualnie ich układu nerwowego i naczyniowego; należą tu m. i.: histamina, padutina, acetylcholina. Działanie tych środków odpowiada zupełnie działaniu masażu — wywołują one przekrwienie skóry, co jest zupełnie zrozumiałe, gdyż produkty uwalniające się w tkankach w czasie masażu — są to ciała z grupy choliny.

Pomimo, że acetylcholina sama przez się zwiększa napięcie mięśniowe, to jednak podczas masażu następują jakieś zmiany, dzięki którym dizałanie choliny zostaje odwrócone, innemi słowy — napięcie mięśniowe ulega zmniejszeniu. Zniejszenie pod wpływem masażu nadmiernej wrażliwości skóry na ból — tłumaczy się działaniem acetylcholiny, jako środka parasympatycznego.

V o e g e l i A. *Przyczynki z dziedziny leczenia raka (dok.)*, str. 165—269.

Co się tyczy wyników leczenia raka — zależą one w ogromnym stopniu od okresu, w którym leczenia się zaczęło. O ile we wczesnych okresach raka wyniki leczenia są często pomyślne, o tyle w przypadkach późnych rokowanie jest zupełnie złe. Leczenie polega zawsze na niszczeniu lub usuwaniu komórek rakowych. Co się tyczy wyboru leczenia chirurgicznego lub promienistego, nie należy traktować sprawy jednostronnie i wybrać tę metodę, która w danym przypadku może dać lepsze wyniki. Bardzo często zresztą najlepsze wyniki daje stosowanie obu metod razem. Należy pamiętać, że leczenie promieniste nie naraża chorego na ciężki zabieg, usuwa krwawienia i sprawy zgorzelinowe, pozatem zaś często powoduje zmniejszenie bólów.

Dr. J. S.

MEDIZINISCHE KLINIK, 1933, R. XXIX, Nr. 4 (1467) z 20 stycznia, str. 107—140.

S e b e n i n g W. *Schorzenia trzustki i postępy w operacyjnem ich leczeniu*, str. 107—110.

Wykład kliniczny, zwracający szczególną uwagę na niezbędność wczesnego i właściwego ustalenia rozpoznania ostrej martwicy trzustki (schorzenia dróg żółciowych w wywiadach, bóle w lewej połowie brzucha, zapaść). A. wypowiada się za zdaniem Körtego, iż we wszelkich niejasnych ostrych schorzeniach jamy brzusznej należy myśleć o trzustce (i rzecz prosta, wkraczać operacyjnie). Dalej omówione są objawy i wskazania operacyjne w przewlekłem zapaleniu trzustki *(pancreatitis chr.)*, w kamieniach i nowotworach trzustki, w cukrzycy trzustkowej (wyniki niepewne), w t. zw. hyperinsuliniźmie (zespo-

le, wywoływanym przez nowotwory, wychodzące z wysepek Langerhansa) i t.p.

Von Noorden C. *Uwagi w sprawie pracy G. Katscha p. t. „Stosowanie diety bezsolnej w chorobie wrzodowej i w kwaśnym nieżycie żołądka"*, umieszcz. w M. K. 1932, Nr. 43.

A. wskazuje, iż dietę bezsolną stosuje od r. 1930 w stanach zapalnych śluzówki żołądka i stwierdza klinicznie i rentgenologicznie ustępowanie stanów nadkwaśności i nadczynności (supersekrecji) śluzówki żołądka.

Ponieważ dieta bezsolna działa dodatnio również w niedokwaśnym nieżycie żołądka (powodując wzrost zawartości HCl w soku żołądkowym), przeto A. wypowiada się, że dieta bezsolna jest ciwzapalnie w zapaleniach błon śluzowych.

Katsch G. *Zakończenie polemiki*, str. 111.

A. wskazuje na swoje zasługi w zwróceniu uwagi, iż stosowanie diety bezsolnej winno być celowo przeprowadzanym czynnikiem w leczeniu choroby wrzodowej i nieżytu nadkwaśnego, oraz podkreśla, iż obok wyłączenia NaCl z podawanych pokarmów wskazane jest sztuczne odciąganie soku żołądkowego (por. D. M. W. 1932. Nr. 41.

Hoff H. *W sprawie znaczenia t. zw. przegrody (zapory) krwio-mózgowej („barière hémato - céphalique")*, str. 112—114.

Praca o charakterze wykładu, zestawiającego współczesny stan nauki o zaporze krwio-mózgowej (z. k.-m.) i o wytwarzania płynu mózgowo-rdzeniowego (pł. m-rdz.). Pł. m.-rdz. jest produkowany przez sploty naczyniaste *(plexus chorioidei)*, przez naczynia miękkiej opony mózgowej, oraz przez wydzielinę przestworów (przestrzeni) chłonnych mózgowia. Wchłanianie pł. m.-rdz. odbywa się 1) za pośrednictwem kosmków pajęczynówki, 2) za pośrednictwem naczyń żylnych opony miękkiej; wreszcie 3) drogą otoczek nerwowych.

Badania nad składem pł. m.-rdz. i przechodzeniem doń rozmaitych ciał chemicznych dowodzą, iż do pewnego stopnia skład pł. m.-rdz. regulują ustalone prawa fizyko-chemiczne dializy (t. zw. prawo Donnana). Prawa te jednak nie wyczerpują całokształtu zagadnienia. Ciała, farmakologicznie czynne, wprowadzone bezpośrednio do pł. m.-rdz., prawie w całości przedostają się natychmiast do krwiobiegu i tylko nieliczne zostają zdeponowane w ośrodkowym układzie nerwowym. Gros ciał wprowadzonych do ustroju, przedostaje się do mózgowia drogą krwionośną.

Z. kr.-m. można, zatem, rozpatrywać, jako zaporę, istniejącą między krwią, a pł. m.-rdz., oraz jako zaporę między krwią, a ośrodkowym układem nerwowym (z. k. m. *sensu stricto)*. Odżywianie ośrodkowego układu nerwowego odbywa się nie drogą pł. m.-rdz., a bezpośrednio drogą krwi. Istotną tamę między krwią, a mózgowiem stanowi warstwa gleju, otaczająca i będąca podściółką właściwych komórek nerwowych (mózgowych). Warstwa ta składa się z komórek mikrogleju, które wykazują własności wybiórcze (elektywne) względem pewnych ciał, przekraczających z. k.-m. Wybiórczość komórek mikrogleju zależy od przepuszczalności ich błony komórkowej (zwiększenie przepuszczalności tej błony przez ciała purynowe i alkohol, zmniejszanie — przez witaminę D).

Sedno zagadnienia odżywiania i przenikania ciał czynnych do komórek ośrodkowego układu nerwowego zależy nie od zapory między krwią, a pł. m.-rdz., lecz od z. k. m. *sensu stricto*.

Zapora, natomiast, między krwią, a płynem m.-rdz. odgrywa wielką rolę w

szerzeniu się zakażeń ośrodkowego układu nerwowego i jest terenem, na którym się toczy walka między czynnikami zakaźnemi, a siłami obronnemi ustroju.

W a l l b a c h G. *Sprostowanie pracy p. t. „Leukoza krwi jako model białaczki u ludzi,* umieszcz. w M. Kl. 1932. Nr. 48, str. 1665-1668.

L a m p l O. *Przyczynek do leczenia schizofrenji,* str. 115—116.

A. w hebefrenicznych i katatonicznych postaciach schizofrenji stosuje wstrzykiwania domięśniowe 1 cm^3. *epiglandolu* (= preparat szyszynki), w odstępach co 2-i — 4-y dzień, ogółem 10 — 18 wstrzykiwań. Do leczenia *epiglandolem* nie nadają się ostre przypadki schizofrenji (możliwość pogorszenia stanu ogólnego).

O ile po 8 wstrzyknięciach *epiglandolu* nie zaznaczy się poprawa, A. stosuje leczenie gorączkowe (*flogetan* domięśniowo, dawka początkowa 2 cm^3., *pyrifer* dożylnie, dawka początkowa — 15 — 10 jedn.), ogółem 5 — 6 napadów gorączkowych (z ciepłotą, nie wyższą ponad 38,5°).

Wyniki lecznicze naogół dobre (z 47 przypadków: 19 — powrót zdolności do pracy; 16 — poprawa; 12 — brak poprawy, wzgl. pogorszenie).

S c h i c k A. *W sprawie zakrzepowego zapalenia żył (thrombophlebitis) pochodzenia kiłowego,* str. 116—117.

Opis kazuistyczny przypadku powrózkowatego zapalenia żył goleni na tle kiłowem. O kile, jako momencie etjologicznym zapalenia żył, zapomina się często. A tymczasem *thrombophlebitis luetica* zdarza się we wszystkich 3 okresach kiły, najczęściej jednak w kile II-ego okresu.

Według Hoffmanna schorzenia żylne w II-im okresie kiły występują 1) jako powrózkowate zapalenie żyły, 2) jako guzowaty syfilid i 3) jako t. zw. *erythema nodosum syphiliticum.* Dwie ostatnie postaci (szczeg. zaś ostatnia) występują na pograniczu między II-im, a III-im okresem kiły. Przypadek omawiany znamienny jest przez to, iż dotyczył powrózkowatego zapalenia żył w III-im okresie kiły.

H e l l f o r s A. *Ostre zatrucie neosalwarsanem z zejściem śmiertelnem u osobnika z chorobą Addisona,* str. 117—118.

Opis kazuistyczny przypadku. Zejście śmiertelne wystąpiło po jednorazowem wstrzyknięciu 0,15 g. neosalwarsanu i dotyczyło kobiety 42-letniej z gruźlicą obu nadnerczy (badanie sekcyjne). Powodem zejścia śmiertelnego była prawdopodobnie niewydolność układu adrenalinotwórczego oraz wypadnięcie czynności odtruwającej nadnerczy (zależnego od działania cholesteryny i estrów, zawartych w korze nadnerczy).

B o r m a n n F. *Stan współczesny leczenia błonicy surowicą,* (dok. z Nr. 2 i 3), str. 118—121.

Artykuł o charakterze zestawienia poglądowego, uwzględniający 1) zakażenia czystą pałeczką Löfflera, 2) zakażenia mieszane (Löffler i inne drobnoustroje chorobotwórcze, najczęściej paciorkowce).

Zakażenia mieszane powodują ciężkie „septyczne", „inwazyjne" postaci błonicy i pod względem klinicznym cechują się b. przykrym, przejmującym zapachem z jamy ustnej oraz znamiennym obrazem migdałków: szarozielonemi strupowatemi nalotami, przechodzącemi na łuki podniebienne, języczek, a niekiedy na śluzówkę policzków i podniebienia. Do objawów tych dołączają się: rozlane powiększenie gruczołów chłonnych, odoskrzelowe zapalenia płuc krwawo - ropny nieżyt nosa, niekiedy objawy skazy krwotocznej, wreszcie

objawy, świadczące o uogólnieniu, rozsianiu się zakażenia (zapalenie ucha środkowego, nerek; ropnie gruczołów chłonnych, odoskrzelowe zapalania płuc i t. p.). Wreszcie grożą zwykłe powikłania błonicy (późne porażenia serca lub naczyń).

L e c z e n i e c z y s t y c h postaci zakażenia błoniczego: wstrzyknięcie 4 — 5 do 10 000 jednostek odpornościowych. Powtórne wstrzykiwania są przeważnie zbędne. Wstrzyknięcie surowicy stosujemy domięśniowo.

Leczenie z a k a ż e ń m i e s z a n y c h: jak najwcześniejsze (bez czekania na wynik badania bakterjologicznego) wstrzyknięcie 10 — 15 — 20000 j. o., najlepiej połowę dożylnie, drugą zaś domięśniowo. Dobre wyniki daje również t. zw. surowica odpornościowa symbiotyczna (*„Symbiose-serum“*, Canon; Becker), zawierające niweczniki przeciw pałeczkom błoniczym i paciorkowcom.

A. jest zwolennikiem jednorazowego wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej lub symbiotycznej, uważa jednak, iż w razie braku poprawy, można po 24 — 36 godz. wstrzyknąć ponownie 6 — 8.000 j. o. Dożylnie nie należy wstrzykiwać więcej, niż 50 cm^3. surowicy u dorosłych, a u dzieci — ponad 1 cm^3. na kg. wagi (możliwość zatrucia fenolem). Dlatego też w miarę możności wskazana jest surowica stężona.

W leczeniu d ł a w c a wystarcza domięśniowe wstrzykiwanie (jednorazowe) 8 — 10000 j. o. W razie dławca (rzekomego?), występującego w przebiegu odry, należy wstrzyknąć zapobiegawczo (domięśniowo) 1 — 2000 j. o.

W p o r a ż e n i a c h p o b ł o n i c z y c h działanie surowicy jest pod znakiem zapytania (w każdymbądź razie nie należy wstrzykiwać surowicy dordzeniowo). Również w porażeniu serca i naczyń surowicę przeciwbłoniczą należy stosować b. ostrożnie (ciężki stan ogólny, możliwość objawów uczuleniowych).

Lekkie i średniociężkie postaci błonicy lub błonica o atypowem umiejscowieniu (skóra, spojówki, nos, rany itp.) podlegają wyłuszczonym już zasadom leczenia błonicy czystej lub mieszanej (dawkowanie oraz stosowanie surowicy przeciw błoniczej, czy też symbiotycznej winno być dostosowane do każdego poszczególnego przypadku).

J ä n e c k e E. *Kilka słów o kurczeniu się ziemi*, str. 121—122.

G e l p k e L. i B r u g s c h Th. *Sól kuchenna i jej namiastki*, str. 122—123.

Prof. L. Gelpke (Pratteln p. Bazyleją) zadaje pytanie, jaki składnik soli kuchennej: katjon Na, czy też anjon Cl', czy też obydwa działają szkodliwie w chorobach nerek, serca, żołądka, w migrenie, otyłości, zołzach, padaczce i t. p., i jakie są odpowiednie namiastki chlorku sodowego.

W odpowiedzi na to pytanie Th. Brugsch (Halla n. Saalą) poddaje ścisłej analizie gospodarkę sodową i chlorową w warunkach fizjologicznych i patologicznych, i dochodzi do następujących wniosków: w stanie zdrowia podawanie NaCl w pokarmach nie jest szkodliwe dla ustroju. U chorych nerkowych NaCl nadmiernie obciąża nerki (a przeto i układ krążenia); zatrzymany zaś katjon Na wywołuje retencję wody w ustroju. W podobny sposób sprawa przedstawia się u chorych sercowych i u chorych z nadciśnieniem tętniczem (djeta, uboga w NaCl, odciąża układ krążenia).

Dodatnie działanie lecznicze diety, ubogiej w NaCl, w padaczce, toczniu *(lupus)*, gruźlicy i t. p. nie świadczy jeszcze o szkodliwem działaniu soli kuchennej w wymienionych schorzeniach,

a przemawia jedynie za tem, iż dieta bezsolna (a właściwie małosolna) wzmaga ustrojową zdolność do zdrowienia.

W stanie zdrowia i choroby można nawet w ciągu długich lat stosować dietę małosolną, nie doprowadzając do zubożenia krwi w Cl' lub do bezkwaśności *(anaciditas)* soku żołądkowego. Natomiast niepowstrzymane wymioty lub znaczna utrata NaCl przez ustrój (np. pod wpływem środków moczopędnych) doprowadzają do spadku zawartości Cl' we krwi, czego wyrazem klinicznym jest ciężki obraz hypochloraemji, wzgl. azotaemji hypochloremicznej. Obraz ten ulega poprawie pod wpływem leczniczego podawania (najlepiej pozajelitowego) NaCl.

Co się tyczy namiastek NaCl, to B. nie wypowiada się za żadnym ze sprzedażnych preparatów, gdyż wszystkie posiadają smak b. przykry.

C o h n B. *Leczenie guzów krwawnicowych wstrzykiwaniami antiflebiny* (= połączenie chininy z uretanem, *Spraw.)*, str. 124—125.

P e r i t z G. *Odruchy warunkowe*, str. 126—128.

W-n.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933. R. LIX, Nr. 5 z 3 lutego, str. 157—198.

K e h r e r F. *Zagadnienie t. zw. urazowych schorzeń mózgowia (encephalopathia traumatica), c. dal. nastąpi*, str. 157—160.

R e i t e r T. *Działanie swoiste fal ultrakrótkich*, str. 160—166.

Pod mianem fal ultrakrótkich należy rozumieć fale o długości poniżej 15 m.

Fale te wywierają działanie potrójne: cieplne, zapalne oraz niszczące komórki nowotworowe.

Działanie cieplne fal ultrakrótkich znane i zbadane było już dawniej, badania zaś nad biologicznem ich działaniem (zapalnem i przeciwnowotworowem) są zasługą A.

Systematycznie przeprowadzone badania nad ogrzewaniem się tkanek pod wpływem działania fal ultrakrótkich dowodzą, iż dla danej długości fali poszczególne tkanki wykazują rozmaitą pojemność cieplną (i rozmaity stopień nagrzania). Dla fal powyżej 12 m. różnice w stopniu nagrzania poszczególnych tkanek maleją i pod względem praktycznym mogą nie być brane w rachubę. Przy długości fali ponad 15 m. tkanki w głębi ustroju ulegają jednakowemu nagrzaniu.

W celu przeprowadzenia badań biologicznych A. zwracał szczególną uwagę na stałość emisji fal, na niezmienną ich długość, na wysokość stosowanej dawki, na ścisłe skierowanie fali w miejsce napromieniane (przesłony metalowe) i t.p. Pozatem przedsięwzięto odpowiednie środki ochronne przed nadmiernem przegrzaniem zwierząt doświadczalnych.

Pierwsze działanie biologiczne fal ultrakrótkich polega na wywoływaniu zapalenia o rozmaitem natężeniu (od diapedezy krwinek aż do rozmaicie umiejscowionych rozległych ropowic). Działanie zapalne zaznacza się przy falach długości 10 cm., przy falach zaś mniejszych wzrasta (przy jakiej długości fali występuje *max.* działania, jeszcze ściśle nie stwierdzono). Istota działania zapalnego fal ultrakrótkich polega na ich wybiórczym (selektywnym) wpływie na naczynia krwionośne. Stosunkowo największe działanie zapalne w głębi tkanek wywierają fale długości 4 m.

Drugie działanie biologiczne — niszczenie komórki nowotworowej (badania nad przeszczepialnemi nowotworami szczurów) — wykazują w najwyższym stopniu fale o długości 3,5 m. Fale o

innej długości nie wykazują omawianego działania. Działanie fal ultrakrótkich (3,5 m.) również wybiórczo jest skierowane na tkankę nowotworową, przyczem poszczególne składniki (elementy) tej tkanki wykazują rozmaitą wrażliwość względem fal. Poszczególny seans działania fal zmniejsza oporność komórek nowotworowych w stosunku do następnych seansów. Czy działanie przeciwnowotworowe fal jest równoznaczne z ich działaniem zapalno-twórczem? Na to pytanie należy odpowiedzieć odmownie: przy falach np. poniżej 3 m. działanie zapalne jest wybitne, działanie zaś przeciwnowotworowe = 0.

Przed zastosowaniem promieni ultrakrótkich w leczeniu nowotworów złośliwych (raków) u ludzi, należy uprzednio przeprowadzić doświadczenie biologiczne, względem jakiej długości fal wykazują wrażliwość komórki nowotworowe ludzkie.

E h r m a n n R. *Kamica żółciowa i wrzód żołądka. Obserwacje, poczynione w ciągu ostatnich 15 lat,* str. 166—169.

Wyniki badań sekcyjnych (15000 przyp.) i obserwacyj klinicznych.

W n i o s k i: Mimo, iż to wydaje się paradoksem, istnieje pewnego rodzaju przeciwstawienie między kamicą żółciową, a wrzodem żołądka. Kamica żółciowa występuje przeważnie u otyłych kobiet; owrzodzenie żołądka u chudych mężczyzn. Owrzodzenia żołądka (świeże i bliznowate) szerzyły się u mężczyzn w czasie wojny i w okresie powojennym (inflacje w Niemczech), od r. zaś 1925 ilość sekcyjnych przypadków owrzodzeń przewodu pokarmowego spada gwałtownie, wzrasta natomiast ilość przypadków klinicznych (= 11% materjału męskiego szpitalnego). Występowanie owrzodzeń żołądka A. stawia w związku z nieodpowiedniem odżywianiem się w czasie wojny (pokarmy grube, małostrawne, spożywane w dużej ilości, zawierające mało tłuszczu). Większa ilość przypadków klinicznych w okresie powojennym jest również pokłosiem wojennem. Inaczej przedstawia się statystyka przypadków sekcyjnych kamicy żółciowej: ilość przypadków zmalała w czasie wojny, wzrosła wkrótce po wojnie (wskutek spożywania wówczas dużych ilości ciężkostrawnych tłuszczów przez wygłodniałą w okresie wojennym ludność Niemiec). W n i o s e k o s t a t e c z n y: wojna wykonała masowy eksperyment nad nieodpowiedniem odżywianiem się ludności.

K o s t a k o w St. i S l a u c k A. *Leczenie glikokolem postępującego zwyrodnienia mięśni,* str. 169—170.

Jak wynika z badań nad przemianą materji, prawdopodobnym powodem postępującego zwyrodnienia mięśni *(dystrophia musculorum progressiva)* są zaburzenia w wymianie kreatynowej (utrata zdolności zatrzymywania kreatyny w mięśniach). Glikokol, podawany doustnie (3 × 5 g.), skierowuje kreatynową przemianę materji na właściwe tory, i wywołuje stany podmiotowej i przedmiotowej poprawy. Poza zwyrodnieniem mięśniowem glikokol był podawany z dobremi wynikami w myastenji, w myelszach (z zespołem myastenicznym) oraz w porażeniu dziecięcem.

H e n d r i o c k A. *Niebezpieczeństwa znieczulania cewki moczowej i uretrografji, oraz ich unikanie,* str. 171—172.

Ponieważ cewka moczowa nie posiada błony podśluzowej, a bezpośrednio pod śluzówką znajdują się sploty żylne, do których łatwo się może przedostać wprowadzany docewkowo płyn w razie uszkodzenia śluzówki cewki (t. zw. przez autorów niem. *„urethro-venöser Übertritt“),* przeto A. zaleca przy znie-

czulaniu cewki moczowej (używanie tylko takich środków, które można bez szkody stosować dożylnie. Z tych względów wskazana do znieczulania jest *0,5% pantokaina* (przeciwwskazana — alypina); do uretrografji zaś wskazany jest preparat *torotrast*, przy którego stosowaniu A. ani razu nie stwierdził przypadku omówionej „komunikacji cewkowo-żylnej". W ostro-zapalnych schorzeniach dróg moczowych A. wypowiada się przeciw urografji docewkowej, natomiast za urografją dożylną.

F e i l e r E. *Zakażenia ogniskowe pochodzenia zębowego, a lecznictwo dentystyczne*, str. 172—174.
Zestawienie poglądowe.

V e l d e n R. *Nieżyt gardzieli pochodzenia zakaźnego, a podrażnienie kaszlowe*, str. 174—175.

Choroby zakaźne górnych dróg oddechowych w dwojaki sposób mogą wywoływać podrażnienie kaszlowe: 1-o jako ostre, przeważnie ropne, z gorączką przebiegające, zapalenie gardzieli *(pharyngitis)*, 2-o jako kurczowe (spastyczne) nieżyty oskrzeli, albo jako pozostałości po ostrych gorączkowych nieżytach oskrzeli, albo też jako odrazu — bez okresu ostrego występujące nieżyty kurczowe. W nieżytach tych ze względów leczniczych jest kwestją b. ważną unikanie obostrzeń i nawrotów (zakaz biegania, zaprawy sportowej, przebywania w zamkniętych, nieprzewietrzanych pomieszczeniach, głośnego mówienia i t. p.).

F r i e d r i c h v. L. i B o k o r G. A. *Wpływ czystego alkoholu na czynność ruchową żołądka*, str. 175—176.

Spożycie alkoholu wywołuje u danego osobnika powolniejsze opróżnianie się żołądka, niż wypicie takiej samej ilości wody. Stąd wniosek, iż alkohol, chociaż w nieznacznym stopniu, jednak bezsprzecznie upośledza czynność ruchową żołądka.

W-n.

K L I N I S C H E WOCHENSCHRIFT, 1933, R. XII, Nr. 11 z 18 marca, str. 409—448.

G r u m b a c h A. *Zakażenie ogniskowe*, str. 409—413.

Autor omawia zagadnienie zakażeń ogniskowych, wyszczególniając zespoły chorobowe, których powstawanie stoi w prostej zależności od sprawy zapalnej ogniskowej bakteryjnego pochodzenia. Dla szeregu spraw chorobowych o domniemanej etjologji zakażenia ogniskowego, jak obrazy niektórych chorób skórnych (trądzik), niedokrwistości niedobarwliwe, cierpienia układu nerwowego ośrodkowego (pląsawica, stwardnienie wieloogniskowe i in.) brakuje pewnych dowodów, dotyczących słuszności przypuszczenia etjologji zak. ogn. w sensie trudności wykrycia miejsca zakażenia i jakości zarazka. Autor podnosi wartość metody biologicznej Rosenowa i Warren-Crowe'a, które z dużą ścisłością i jednocześnie prostotą umożliwiają wyosobnienie istotnego zarazka wywołującego obraz zakażenia ogniskowego. Wspomniane metody wykazały swą wartość w badaniach autora, dokonanych na zwierzętach, zakażanych drobnoustrojami z ognisk zakażenia różnych spraw chorobowych.

W i l l e b r a n d E. A. i J ü r g e n s R. *Konstytucyjna trombopatja — nowa choroba krwi*, str. 414—417.

Autorzy opisują nowy zespół chorobowy wyodrębniony z pośród skaz krwotocznych, spostrzegany w kilku rodzinach na wyspach Alandzkich i w Helsingforsie u osób narodowości szwedzkiej. Cechą zasadniczą zespołu jest

krwotoczność w postaci wybroczyn na skórze i krwawień z błon śluzowych. Czas krwawienia znacznie przedłużony, krzepliwość i chemizm krwi bez zmian chorobowych. Obraz morfologji krwi prawidłowy, niekiedy po krwotokach — objawy niedokrwistości niedobarwliwej. Sprawa wykazuje cechy cierpienia konstytucyjnego i dziedziczy się przeważnie przez kobiety, które również częściej zapadają na trombopatję. Pod względem patogenetycznym na powstanie krwawień składają się dwa czynniki: naczyniopochodny — na tle uszkodzenia naczyń przez działanie urazu — i krwiopochodny, uzależniony upośledzeniem tworzenia zakrzepu z powodu niedostatecznej właściwości agentynacyjnej płytek. Od krwawiączki różni się opisana jednostka chorobowa odmiennym typem dziedziczenia, zapadaniem na nią kobiet oraz prawidłową krzepliwością krwi. Od małopłytkowości samoistnej różni ją prawidłowa lub zwiększona liczba płytek we krwi i prawidłowa kurczliwość skrzepu; od trombastenji Glanzmanna — wydłużony czas krwawienia, dobra kurczliwość skrzepu i prawidłowy obraz morfologiczny płytek. Pozostałe rodzaje skaz krwotocznych, jak plamice anafilaktyczne, gnilec posiadają inne cechy zasadnicze. W leczeniu sprawy na plan pierwszy wysuwa się tamowanie krwawień i zapobieganie przed krwotokami. Ze środków hemostatycznych wszystkie mogą mieć zastosowanie; najbardziej dodatnio wpływa przetaczanie krwi. Splenektomji w przypadkach autorów nie wykonywano, sam zabieg nasuwa poważne niebezpieczeństwo skrwawienia.

G u n d e l M. i O k u r a G. *Badania doświadczalne nad działaniem wysokowartościowych surowic leczniczych w zakażeniach pneumokokowych*, str. 417—421.

Badania doświadczalne wykonano na białych myszach, które zakażano pneumokokami typu I i leczono wstrzykiwaniami odpowiedniej surowicy pochodzenia amerykańskiego (Tublic Healtz Labor). Zwierzęta, które po zakażeniu nieuchronnie były skazane na śmierć, udawało się utrzymać przy życiu, o ile zapobiegawczo wprowadzano dożylnie surowicę przeciwpneumokokową. Również i po zachorowaniu, gdy można było ustalić kabteremję pneumokokową, wstrzyknięcie homologicznej surowicy doprowadzało do zniknięcia zarazków w krwi i do szybkiego wygaśnięcia choroby. Skuteczność podobnego postępowania była zależna w pierwszym rzędzie od odstępu czasu, jaki upływał między zakażeniem a podawaniem surowicy; o ile okres ten był zbyt długi, duże nawet dawki nie wywoływały widocznego wpływu. Podobne działanie surowic pneumokokowych spostrzegano również w leczeniu zapaleń płatowych płuc u człowieka, zwłaszcza w krajach anglosaskich, gdzie wytwarzane są wysokowartościowe stężone surowice. Podobnie jak w doświadczeniach nad zwierzętami, wskazane jest w każdym przypadku zakażenia pneumokokowego wstrzykiwanie dużych dawek dożylnie. Surowica winna posiadać wysokie miano i być swoista; w tym celu konieczne jest wczesne bakterjologiczne rozpoznanie typu zarazka.

K e l l e r P h i l i p p. *Pierwotny i wtórny odczyn skóry na naświetlanie promieniami pozafioletowemi*, 421—424.

Autor omawia wpływ naświetlenia promieniami pozafioletowemi na ładunek dektryczny poszczególnych warstw skóry.

Naświetlenie wywołuje rozładowanie dektryczne białka powierzchownej warstwy naskórka. Proces ten rozpoczyna się w kilka sekund po rozpoczęciu naświetlania i posuwa się dalej po

przerwaniu naświetlania do wytworzenia stałych zmian nieodwracalnych.

Schmitz Adolf i Fischer Albert. *O chwiejności białka surowiczego*, str. 424—425.

Autor rozważa wpływ pewnych substancyj na zachowanie się poszczególnych frakcyj białkowych surowicy. Chwiejność w ustosunkowaniu i właściwościach białka, oceniana według odczynów strącania i kłaczkowacenia, jest zależna od rodzaju i ilości ciał, określanych jako dodatnie lub ujemne stabilizatory. Rolę podobnej substancji odgrywają heparyna i kwasy nukleinowe. Autor podaje wykresy i sposób ilościowego oznaczenia stopnia chwiejności ciał białkowych.

Kallés P. i Nusselt. *W sprawie thrombangiitis obliterans (Bürger)*, str. 425—427.

Opis dwuch przypadków choroby Bürgera. Badania ustaliły u obu chorych istnienie wzmożenia przemiany spoczynkowej (+ 8% i + 26%), nadto znaczną wrażliwość na małe dawki adrenaliny i zachowanie się krzywej poziomu cukru we krwi, wskazując na sympatykotoniczne nastawienie ustroju. Omawiając liczne hipotezy różnych badaczy, usiłujących wyjaśnić etjologję choroby Bürgera, autorzy podnoszą znaczenie wpływu nadtarczyczności i sympatekotonji jako momentów decydujących o rozwoju obrazu chorobowego.

Aldenhoven Heribert. *O nowej metodzie graficznego oznaczania czynności oddechowej*, str. 427—429.

Przyrząd sporządzony przez autora, składa się z ustnika, zaciskacza na nos i skrzyneczki, połączonej z ustnikiem rurką gumową. Podczas oddychania ciśnienie powietrza w skrzyneczce ulega kolejnym zmianom w fazach wdechowej i wydechowej, co odbija się na zachowaniu się bębenka Mareyowskiego, którego powierzchnia połączona jest zapomocą pisaka z błoną filmową, rejestrującą ruchy pisaka. Przytoczone krzywe różnych zaburzeń oddychania przejrzyście ilustrują poszczególne odchylenia. Aparat nadaje się doskonale do badań nad czynnością oddechową u zdrowych i chorych, jest prosty w użyciu, a ze względu na małe rozmiary i możność umieszczania go na klatce piersiowej badanych osobników pozwala na wykonanie doświadczeń podczas pracy i ćwiczeń fizycznych.

Radowici A. i Meller. *O nowej metodzie encefalografji*, str. 429—430.

Autorzy badali zachowanie się czaszki i mózgu w obrazie roentgenowskim na zwłokach noworodków i żywych małpach, którym wprowadzano do płynu mózgowo-rdzeniowego (nakłucie podpotyliczne) torotrast. Na kliszy uwidoczniły się wyraźnie rowki zwojowe, pozwalające odczytać rysunek zakrętów i zwojów kory mózgowej. Dla encefalografji wystarczało wprowadzenie 2 do 10 cm³. torotrastu zmieszanego z płynem rdzeniowo-mózgowem w stosunku 1:20. Po upływie 1 — 2 miesięcy od wstrzyknięcia masy kontrastowej rysunek zwojów mózgu był jeszcze zachowany, chociaż mniej przejprzyście niż bezpośrednio po wprowadzeniu. Część torotrastu przechodzi z płynu mózgowordzeniowego do krwi i daje cień wątroby i śledziony na ekranie roentgenowskim. Zwierzęta doświadczalne nie wykazywały żadnych zmian chorobowych i po 6-miesięcznej obserwacji nie różniły się swem zachowaniem od kontrolnych.

Rosenbaum Rosi. *Doświadczenia kliniczne nad cytageniną sto-*

sowaną w niedokrwistościach wtórnych, str. 430—431.

Seyderhelm sporządził preparat, „cytagenin“, w którego skład wchodzić ma substancja czynna przeciwanemiczna, uzyskiwana ze zrębu krwinek czerwonych, naświetlanych promieniami pozafioletowemi. W doświadczeniach autora, przeprowadzonych nad przypadkami niedokrwistości pokrwotocznej, w raku, gruźlicy i posocznicy, cytagenina okazała się bez działania. Zaledwie w pojedyńczych wypadkach zaznaczyło się wznowienie hemoglobiny i liczby retikulocytów, jak również pewna poprawa samopoczucia chorych zresztą przejściowego charakteru. Trudno ustalić dokładnie, czy i te niezbyt jaskrawe wyniki lecznicze dodatnie nie należy wiązać z działaniem preparatu w sensie wyłącznie nieswoistego leczenia białkowo-bodźcowego.

P o c k e l s W. *Nieswoiście dodatnie odczyny Wassermanna i Meinickiego w surowicach odrowych*, str. 431—432.

W 10 na 134 surowic u ozdrowieńców po odrze autor stwierdził dodatnie wyniki odczynów Wassermanna i Meinickiego, mimo braków wszelkich objawów zakażenia kiłowego. Wskazuje na to, że odra, podobnie jak płonica, przebiega z wytworzeniem w surowicy chorych pewnych ciał białkowych, oddziaływujących nieswoiście z antygenami kiłowemi.

B o l l e r R. i U e b e r r a c k K. *Wpływ kwasoty żołądka na wynik próby pokarmowego przecukrzenia krwi*, str. 432.

Odpowiedź na pracę Urbacha w kl. Wschw. 1932, Nr. 43, str. 1789.

S c h e l l o n g F. *Ostry zastój i obrzęk płuc w zwężeniu lewego ujścia przedsionkowo-komorowego*, str. 432.

Uzupełnienie do uwag nad artykułem Hessa w Nr. 7, str. 275, Klin. Wschw. 1933.

H ö b e r R u d o l f i F e r r a r i R u d o l f o. *Badania nad chemodynamiką gruczołów*, str. 433.

Badania wykonano nad izolowanemi śliniankami, wątrobą i nerką kotów i żab. Przez narządy przepuszczano płyn Ringer-Locka i określano w żyłach odprowadzających zawartość kwasu mlekowego i fosforowego. Po wprowadzeniu do narządu małych dawek cjanku potasu lub kwasu monojodooctowego stwierdzono wzmożone wydalanie obu kwasów, wskazując na to, że gruczoł wykonywa pewną pracę kosztem zawartości węglowodanów i organicznego połączenia fosforowego i praca ta w określonej mierze odbywała się bez dopływu tlenu. Większe dawki cjanku potasu znosiły całkowicie czynność narządu. Podobne wyniki dały badania nad wydzialeniem wątroby i pracą nerki, co wskazuje na znaczne podobieństwo mechanizmu przemiany materji gruczołów do przemiany materji w mięśniach.

R u d y H. *O istocie chemicznej antygenów lipoidowych, w szczególności antygenów mózgowych*, str. 433—434.

Krótkie doniesienie uwzględniające badania autora i innych badaczy.

R o e c k. *Mocznica, względnie azotemja wskutek braku chloru i ich leczenie*, str. 434—435.

Opis przypadku rozszerzenia żołądka wskutek zwężenia odźwiernika po usunięciu wrzodu. Wśród objawów zalegania w żołądku znacznej ilości kwaśnej treści wystąpił obraz tężyczki z ukazaniem się w moczu białka i krwinek czerwonych. Po dokładnem prze-

płukaniu żołądka objawy tężyczki ustąpiły. Autor jest gorącym zwolennikiem płukań żołądka naczczo w przypadkach wrzodu, nieżytu żołądka, w celach leczniczych i dla wzmocnienia ustroju przed zabiegiem operacyjnym, specjalnie zalecając posługiwanie się zgłębnikiem dwunastniczym.

Freudenberg Karol. *Rzekome nadużycie zastosowania błędnych tablic śmiertelności w ubezpieczaniu na życie,* str. 435—436.

Artykuł w odpowiedzi na doniesienie Fürtha w Klin. Wschr 1932 II, str. 1514.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 1933, R. XLVI, Nr. 3 z 20 stycznia, str. 65—96.

Walzel P. *Co zawdzięcza nowoczesna chirurgja obecnym czasom,* str. 65—96.

Wykład wstępny po objęciu wykładów w klinice chirurgicznej w Grazu.

Autor w ogólnych zarysach podaje materjał, jaki jego zdaniem powinien zawierać program nauczania chirurgji. Wylicza szereg dziedzin działalności chirurgicznej i jej postępy w ciągu ostatnich lat.

Scherf D. *Zwiększenie zawartości cukru we krwi i cukromocz w przypadkach skrzeplin naczyń wieńcowych serca, str.* 69—71.

Autor wskazuje na częstość przejściowego pojawiania się zwiększonej zawartości cukru we krwi i cukromoczu przy miażdżycy tętnic wieńcowych serca; tylko w przypadkach na 8 opisanych brakło tych objawów. Objawy te (rzadziej również acetonemja) nie są skutkiem b. silnego bólu lub wstrząsu; występują one w przypadkach dużego ciśnienia, bez bólów lub jakiegokolwiek wstrząsu.

Duże znaczenie, zdaniem autora, należy przypisać w tych sprawach zmianom w regulacji ciśnienia krwi.

Moll Z. *Wpływy atmosferyczne i klimatyczne na organizm dziecięcy, ich znaczenie lecznicze,* str. 71—73.

Na pojęcie klimatu składa się cały szereg czynników: mniejsza lub większa wilgotność powietrza, jego ruchliwość, krótko lub długotrwałe naświetlanie słoneczne. W różnych okolicach poszczególne te czynniki występują w różnym stopniu.

O klimacie leczniczym mówimy wówczas, kiedy w danej okolicy przez pewien dłuższy okres czasu w ciągu roku występuje szczególnie dogodna korelacja czynników atmosferycznych.

Dla wieku dziecięcego znaczenie lecznicze posiada klimat morski, wysokogórski, podgórski, częściowo również śródlądowy.

Dla większości dzieci w wieku szkolnym, wycieńczonych pod koniec roku szkolnego, wystarczy świeże powietrze niekoniecznie klimatu leczniczego, aby szybko otrząsnęły się ze szkodliwości życia wielkomiejskiego.

Dzieci chore należy kierować do miejscowości leczniczo-klimatycznych.

Nad morze należy wysyłać dzieci z przewlekłym kaszlem, katarem i t. d., dalej z wykwitami ekzematycznemi na skórze oraz dzieci z zakażeniem gruźliczem pozapłucnem (gruczoły płucne, skóra, stawy). Nad morzem przychodzą do zdrowia dzieci po przebyciu zapalenia płuc, oskrzeli, opłucny, dzieci neuropatyczne średniego stopnia. Specjalnie dobrze wpływa pobyt nad morzem na dzieci o słabej konstytucji, o słabym kośćcu, wąskiej kl. piersiowej oraz dzieci krzywicze.

Nie należy nad morze kierować dzieci z czynną tbc, sprawami nerkowemi, ostrym gośćcem stawowym, za-

paleniem ucha środkowego i wadami serca.

W góry posyłamy dzieci: małokrwiste, lekkie przypadki początkowej gruźlicy płuc (należy zwrócić baczną uwagę na dawkowanie naświetlań słońcem) przypadki gruźlicy gruczołowej i kostnej. Podobnie jak nad morzem — często i w górach poprawiają się dzieci asteniczne, dzieci z zaburzeniami wewnątrzwydzielniczemi i dusznicą bolesną, która wymaga dłuższego pobytu w górach. Ciepły klimat górski działa również leczniczo na przewlekły gościec stawowy i zapalenie nerek.

Są jednak dzieci, które zbyt gwałtownych zmian klimatycznych nie znoszą. Należy unikać zbytniego drażnienia chorego ustroju i takie dzieci najlepiej posyłać do zakładów zamkniętych klimatu śródlądowego. Ten rodzaj klimatu nadaje się szczególnie, zależnie od stopnia wilgotności, dla dzieci z choremi nerkami, stawami, ciężką neuropatją, pląsawicą, padaczką i t. d.

Czas trwania pobytu jest zależny od ciężkości schorzenia, które dało wskazania do wysłania dziecka. Przeciętnie możemy go obliczyć na 2 miesiące. W obecnych ciężkich czasach konieczne jest wysyłanie dziecka ze zdenerwowanego środowiska rodzinnego, celem wychowania zdrowszego społeczeństwa. Jest to zadanie, ciążące nietylko na rodzicach, ale i na całem społeczeństwie i jego wszelkich instytucjach.

K o g e r e r. H. *O leczeniu schizofrenji,* str. 73—76.

Z powodu dużej różnorodności w przebiegu schizofrenji i częstości remisji w tej chorobie, trudno daje się ocenić wynik jakiejkolwiek metody leczenia somatycznego. Zupełnie pewnego sposobu leczenia dotychczas nie posiadamy. Najwięcej widoków na powodzenie mogą mieć zabiegi przeciwdziałające zaburzeniom w czynności gruczołów dokrewnych i układu wegetatywnego, samozatruciom jelitowym, oraz leczenie nieswoiste, bodźcowe, w przypadkach współistnienia gruźlicy — leczenie tuberkuliną.

Zabiegi psychoterapeutyczne, oraz poważniejsze próby leczenia sugestją wymagają dużej ostrożności.

M o s z b ö c k F. *O leczeniu przewlekłego ropienia śluzówki ucha środkowego przy pomocy chloru,* str. 76—77.

Autor opisuje przyrząd, przy pomocy którego stosował leczenie chlorem przypadków przewlekłego, niepowikłanego zapalenia ucha środkowego. Metoda ta dała b. dobre wyniki. Chlor jako gaz łatwo może wszędzie się przedostać i wywierać swe działanie bakterjobójcze. W większości przypadków już po 2 — 3-krotnem stosowaniu występuje poprawa.

Szkodliwość chloru dla narządu oddychania, nie powina być zupełnie brana pod uwagę, z powodu małych ilości gazu używanych do leczenia oraz pewnym zabiegom ochronnym, stosowanym przez autora. (Ryc.)

F l e c k s e d e r R. *O leczeniu przewlekłych obustronnych schorzeń nerkowych,* str. 77—78.

Autor dzieli przewlekłe choroby nerkowe na 4 następujące grupy: 1) Przewlekłe nerczyce. 2) Przewlekłe ogniskowe zapalenia nerek. 3) Przewlekłe rozsiane zapalenie nerek. 4) Miażdżyca nerek (nephrosclerosis).

Autor podaje leczenie objawowe i przyczynowe dla każdej poszczególnej grupy, oraz kilka grup djet dla chorych nerkowych, mianowicie: 1 niedożywienie (djeta mleczna, głodówka, djeta owocowa).

2. djetę suchą małosolną (ścisłą — zupełnie bez soli; łagodniejszą — 2 — 5 gr. soli dziennie).

3. djetę ubogą w sole i tłuszcze, bogatą w białka.

4. djetę ubogą w białko (mocznica).

W i e d m a n A. *Rozpoznawanie i leczenie rzeżączki u mężczyzn*, str. 78—81.

Autor podaje etjologję rzeżączki, metody barwienia krwinek Neissera, badania moczu chorych na rzeżączkę (próba ze szklankami), oraz krótki opis objawów klinicznych rzeżączki u mężczyzn. Przechodząc do leczenia, autor zaleca w ostrym stanie ostrożne przepłukiwanie Janetem przedniej części cewki środkami łagodnie odkażającemi; podkreśla, że temperatura środków tych nie powinna przekraczać temperatury pokojowej, gdyż ciepło działa rozluźniająco na musc. splùncter externus, umożliwiając przeniesienie zakażenia na tylną część cewki. Przy rzeżączce przewleklej autor pozwala samemu pacjentowi na przepłukiwanie środkami odkażającemi (rozcz. azot. srebra); po zniknięciu dwoinek — zaleca środki odkażające i ściągające (Arg. nitr., ichtargan, transargan). Podczas takiego leczenia dochodzi do nieżytu złuszczającego cewki, który autor usuwa zapomocą środków wyłącznie ściągających (Zinc. sulf. Cu sulf., oraz mieszaniną: alun crud., bismut. subnitr., Zinc. sulf. àà 0,5 na 200,0 Aq. destil.).

Przy leczeniu rzeżączki tylnej części cewki, autor używa tylko środków ogólnych (salol, urotropina, cylotropina, trypaflavina), nie stosując żadnego leczenia miejscowego.

Przy urethritis gon. post. zwykle bywa zajęty również gruczoł krokowy, w którym dochodzi do tworzenia się ropni.

Częstem powikłaniem rzeżączki bywa zapalenie przyjądrza, które autor leczy spokojem, suspensorjum, środkami uśmierzającemi ból (papaverina i bellad). Z innych powikłań autor wylicza zapalenie wsierdzia i stawów.

Wszystkie wyliczone powikłania według autora leczą się najlepiej zapomocą szczepionek, które autor stosuje dopiero po ustąpieniu gorączki.

Również, zdaniem autora, duże znaczenie lecznicze ma odpowiednia djeta (mleczna) i wstrzemięźliwość płciowa.

R e i c h e l t O. *O leczeniu krwawień wieku młodocianego*, str. 81—84.

Zasadą wszelkiego leczenia krwawień wieku młodocianego musi być unikanie wszelkich okaleczających operacyj i wyjałowienia pr. Roentgena. Jedynie w razie wskazań życiowych może być wykonany zabieg wyłyżeczkowania. W każdym innym przypadku należy zacząć leczenie od stosowania hormonów, przedewszystkiem corpus luteum, b. wskazane jest przetaczanie krwi.

Należy pamiętać też o leczeniu ogólnem; t. j. o dobrem odżywianiu, świeżem powietrzu, umiarkowanych ćwiczeniach cielesnych, chłodnych kąpielach, prawidłowej czynności przewodu pokarmowego.

Dr. H. K.

THERAPIE DER GEGENWART, R. 74, Nr. 1, styczeń 1933, str. 1—48.

F r a n k E. *Rozpoznanie i leczenie niedrożności naczyń wieńcowych i ich następstw*, str. 1—7.

Sprawa ta wyłoniła się jasno dopiero w ostatniem dziesięcioleciu. Autor opisuje objawy. Za najpewniejszy objaw zawału mięśnia sercowego, na tle niedrożności naczyń wieńcowych uważa silną adynamję po przebytym ataku, silne osłabienie i obniżenie ciśnienia krwi

przez wiele tygodni po ataku, poniżej 100 mm Hg. Dołącza się zwykle do tego lekka gorączka i leukocytoza. Różniczkować należy w ostrym okresie bólu z ostrą nekrozą trzustki, perforacją wrzodu żołądka i ostrem zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Decyduje badanie elektrokardjografem. Z prognozą należy być bardzo ostrożnym. Jeśli chory przeżyje pierwsze dnie, może wrócić do zdrowia, a nawet odzyskać zdolność do pracy fizycznej. Wszystko zależy później od lekarza. Jednak zwykle po miesiącach, lub latach atak się powtarza i nowa tromboza, lub pęknięcie tętniaka sprowadza zgon. W czasie ataku należy podawać bez obawy morfinę dla zwalczenia potężnego bólu. Wymioty nie stanowią przeciwwskazania dla morfiny. Nitrogliceryna zawodzi zupełnie. Dodać należy atropiny, aby zapobiec wymiotom. Dawka początkowa 0.02 morfiny + 0.0005 atropiny. Po 2 godz. powtórzyć. Albo 0.4 g. luminalu (2 cm sz. 20%-go luminalu) domięśniowo, a dla ogólnego uspokojenia dodać 0.02 dioniny, lub 0,02 narkofiny. Po ustaniu bólu wzmocnić serce koffeiną 0.25 g. co półtorej godziny. W międzyczasie podawać hexeton, koraminę, kardiazol. Nie podawać strofantyny dożylnie, gdyż jest to broń obosieczna. Zalecić jaknajsurowiej długotrwały absolutny spokój fizyczny i psychiczny, przez 4 — 8 tygodni leżenie w łóżku, a potem silne oszczędzanie się przez dalsze 2 miesiące. Czasem dopiero po 6 miesiącach choroby wraca do pracy. Należy badać często ciśnienie krwi. Jeśli ciśnienie krwi rośnie, można nieco złagodzić nakaz bezwzględnego spokoju.

Podawać 2 r. dz. Verodigen, lub 2 r. dz. Calcium - Sandoz 10%-we 5 cm. sz. Dobre wyniki daje sympatol 4 r. dz. po 30 kropel. Co drugi dzień 0.36 g. eufiliny w czopku, a w międzyczasie teominal. Po 10 — 14 dniach serja 12 — 20 zastrzyków po 10 — 20 cm. sz. 25%-go roztworu cukru gronowego, przy powolnem dodawaniu eufiliny od 0.12 do 0.24 g.

G r a f e E. *Leczeie gorączką dychawicy oskrzelowej*, str. 7—8.

Autor oparł się na obserwacji 2 przypadków ustąpienia dychawicy oskrzelowej po przebyciu ciężkiej gorączki przy bronchopneumonji. Autor poleca leczniczo Pyrifer firmy Rosenberg-Freiburg, preparat z materjału bakteryjnego, powodujący gorączkę. Następnie poleca również preparat 1471 H. 1. Roche. Preparatów tych używał przy następnych doświadczeniach. Po preparacie 1471 pojawia się zwykle herpes. Najczęściej wystarczy do osiągnięcia rezultatu jeden skok temperatury do 40 st. C. Rzadziej potrzebna jest druga injekcja. Poza 2 injekcje autor nigdy nie wychodził.

S t r a u s s H. *Nowe wytyczne w leleczeniu diabetyków*, str. 9—12.

K l e m p e r e r G. *O niskiem ciśnieniu krwi (hypotonja)*, str. 12—15.

Autor opisuje syndrom hypotoniczny i jego leczenie.

M a y e r A. *Transfuzja krwi w praktyce*, str. 15—21.

Autor podkreśla niezwykle doniosłe znaczenie transfuzji krwi po zatruciach, oparzeniach i t d. Autor poleca do transfuzji aparat Becka.

E s c h P. *Krążenie i zaburzenia w krążeniu w okresie wczesnym ciąży*, str. 22—26.

Dokończenie w następnym numerze.

O s t r o w s k i S. *Problem pooperacyjnej trombo - embolji*, str. 26—30.

A. podaje zestawienia spostrzeżeń różnych autorów na wymieniony temat. Autor podkreśla, że jest dużo przypuszczeń na ten temat, ale mało faktów. Brak dotychczas czynnika, który można-

by obwiniać o powodowanie tych powikłań. Przypuszczalnie skrupulatna statystyka i zbieranie spostrzeżeń rozstrzygnie to pytanie. Cały problem jest jeszcze ciemny w wielu punktach. Dlatego też niema narazie mowy o przyczynowem leczeniu.

Engel E. *Promienie ziemskie, różdżki czarodziejskie, znachorstwo*, str. 30—33.

Autor podkreśla w swym artykule, że najczęściej mało poważni ludzie piszą różne głupstwa niczem nieuzasadnione na powyższy temat i straszą niepotrzebnie społeczeństwo dla własnych zysków materjalnych.

DIE AERZTLICHE PRAXIS, 1933, R. VII, Nr. 1, z 15 stycznia, str. 1—32.

Pal J. *O mierzeniu ciśnienia krwi i jego wartości diagnostycznej*, str. 1—5.

Falta W. *Etjologja i symptomatologja zakażenia krwi*, str. 5—7.

Jako zupełnie rozwiniętą postać zakażenia krwi określamy stan, w którym w walce między czynnikiem chorobotwórczym — a siłami ochronnemi organizmu — zwycięża ten pierwszy. Wskutek tego dochodzi do ogólnej infekcji ustroju. Są jednak i poronne postacie sepsis, przy których trudno nieraz znaleźć granicę między typową chorobą zakaźną — a sepsis. Zawsze jednak przy sepsis znajdziemy: 1) infenkcję i 2) trwałą, lub przejściową niedomogę układu siateczkowo - śródbłonkowego.

Schnitzler J. *Zakres wskazań do próbnej laparatomji*, str. 7—9.

Heller H. *Stosunek między przysadką mózgową a narządami płciowemi u kobiet*, str. 9—12.

Stein R. O. *O leczeniu blizn i keloidów*, str. 12—14.

Diernhofer K. *Zapobieganie przenoszeniu gruźlicy bydła i świń na człowieka*, str. 14—15.

Schacherl M. *Kiła centr. układu nerwowego*, str. 15—19.

Werner P. *Leczenie raka kobiecych narządów płciowych*, str. 19—20.

Mayer E. G. *Diagnoza rentgenologiczna schorzeń podstawy czaszki*, str. 20.

Heimrech E. *Leczenie zakaźnych katarów jelit*, str. 21—22.

MITTEILUNGEN UEBER ALLGEMEINE PATHOLOGIE UND PATHOLOGISCHE ANATOMIE. Japan, 1932. Tom VII, Zeszyt 3. Str. 253 — 417.

Takahashi S. *Badania nad meningitis tuberculosa u człowieka*. Str. 253 — 284.

Autor badał zmiany w wyściółce komór mózgowych i w splocie naczyniówkowym przy gruźliczem zapaleniu opon miękkich mózgu. Materjał autora składa się ze 105 przypadków: zmiany gruźlicze w splocie naczyniówkowym znaleziono w 98%, a w wyściółce komór — w 82% przypadków. We wszystkich prawie przypadkach stwierdzono na sekcji ogólną gruźlicę prosówkową, tylko w 19 — chodziło o przewlekłą gruźlicę narządów. W 14 przypadkach znaleziono guzy serowate, a w 28 — najrozmaitsze zmiany (ogniska rozmiękczynowe, wylewy krwawe, nacieki, ogniska rozplemu komórek glejowych) w istocie podkorowej lub w głębszych warstwach mózgu. Autor dochodzi do wniosku, że splot naczyniówkowy ulega zmianom gruźliczym na drodze krwionośnej, prze-

ważnie nieco później, niż opony miękkie. Wbrew poglądom Huebschmanna, niema żadnych dowodów na to, że punktem wyjścia zapalenia opon miękkich jest pierwotna gruźlica splotu naczyniówkowego.

Zmiany gruźlicze w splocie naczyniówkowym mogą powodować przez wydzielanie prątków do komór zakażenie płynu mózgowo - rdzeniowego, skutkiem czego mogą być zmiany gruźlicze w wyściółce komór; tylko w nielicznych przypadkach pierwotne zakażenie płynu w III komorze spowodowało następnie wtórne zmiany gruźlicze w splocie. Oczywiście zakażony prątkami płyn mózgowo - rdzeniowy (niezależnie od tego, czy zakażenie jego wywołały zmiany gruźlicze w oponie miękkiej podstawy mózgu, czy w wyściółce komór, czy też w splocie naczyniówkowym) może łatwo powodować powstawanie wtórnych ognisk gruźliczych zarówno w splocie naczyniówkowym, jak i w wyściółce komór.

Ani razu autor nie znalazł zmian gruźliczych w ścianie wewnętrznej jamy przegrody przezroczystej. Gruźlica opony miękkiej zakrętu hipokampa zazwyczaj nie szerzy się poprzez taenia chorioidea i taenia fimbriae.

W przeciwieństwie do innych autorów, Takahashi znajdował w ogniskach gruźliczych splotu naczyniówkowego i wyściółki komór, komórki olbrzymie i ogniska martwicy, jednakże typowe zserowacenia w obrębie gruzełków wyściółki komór należą, według niego, do rzadkości.

Ciekawe jest spostrzeżenie autora, że zmiany gruźlicze w splocie naczyniówkowym i w wyściółce komór, będące następstwem zakażenia płynu mózgowo-rdzeniowego, są, przynajmniej w pierwotnym swym okresie, odmienne od zmian powstałych na drodze krwi; mianowicie, histologicznie gruzełki położone powierzchownie (zakażenie przez płyn mózgowo-rdzeniowy) składają się przeważnie z komórek dość dużych, wielopostaciowych, głównie pochodnych komórek glejowych, a w małym tylko stopniu komórek wyściółki; natomiast gruzełki, znajdujące się w warstwach głębszych, podwyściółkowych (powstałe na drodze krwi), charakteryzują się głównie okołonaczyniowemi naciekami z limfocytów.

K a t s u r a s h i m a T. *Zmiany elementów nerwowych w obrębie wrzodu okrągłego żołądka ew. raka na podłożu wrzodu*, str. 285 — 322.

Materjał autora stanowią: 32 przypadki przewlekłego wrzodu okrągłego oraz 14 przypadków pierwotnego raka żołądka. W badaniach swych, dla uwidocznienia elementów nerwowych, stosuje autor metodę srebrzenia Kimury. W otoczeniu przewlekłego wrzodu okrągłego i w obrębie raka na tle wrzodu — włókna nerwowe ulegają bądź zmianom wstecznym, bądź też postępowym. Na 53 przypadki badane — w 25 elementy nerwowe okazały się bardzo odporne na zniszczenie przez sprawę zapalną, odporniejsze nawet od włókien mięsnych. Autor spostrzegał następujące zmiany postępowe włókien i splotów nerwowych, występujące tylko w części przypadków, przeważnie w obrębie tkanki bliznowatej: a) przerost, a nawet (w nieznacznym stopniu) rozrost włókien osiowych w pęczkach nerwowych, obnażonych w dnie wrzodu; b) nowotworzenie ew. wrastanie włókien osiowych z kikutów zniszczonych przez rozpad włókien i splotów nerwowych wgłąb tkanki bliznowatej; c) występowanie włókien guzkowatych zarówno w najbliższem otoczeniu wrzodu, jak i w elementach nerwowych, leżących nieco dalej; d) ograniczone nerwiaki w tkance bliznowatej pomiędzy dwoma końcami przeciętych przez sprawę wrzodową pęczków mięśni; e) nerwiaki rozlane, składające

się z posplatanych ze sobą, ulegających rozplemowi włókien nerwowych; f) powiększenie i nieznaczny rozrost splotów śródmięśniowych — t. zw. nerwiaki Auerbacha (Okkels); g) nerwiaki okołonaczyniowe Okkelsa; h) w jednym przypadku przewlekłego wrzodu okrągłego autor znalazł nerwiak, położony w środku pęczka nerwowego; nerwiak ten nazywa on „nerwiakiem środkowym".

Rzadko tylko spostrzegano zapalenie okołonerwowe. W około 53% wszystkich przypadków wrzodu i raka na tle wrzodu — włókna i sploty nerwowe, poza miejscem bezpośredniego niszczenia przez martwicę, były niezmienione, lub też ulegały jedynie nieznacznym zmianom wstecznym.

Często również spotykał autor nerwiaki w przypadkach raka na tle wrzodu, jednakże tylko w miejscach, gdzie przeważała tkanka ziarninowa lub bliznowata; w tkance rakowej, zarówno raka pierwotnego, jak i raka na podłożu wrzodowem — nerwiaków nie spostrzegano, natomiast włókna osiowe najczęściej ulegały tu zmianom wstecznym.

A k a b o s h i K. *Badania histologiczne nad wpływem wprowadzanych dożylnie obcych surowic i szczepionki przeciwdurowej na tkanki królików*, str. 323 — 417.

Autor przeprowadził cały szereg doświadczeń na królikach, którym wstrzykiwał dożylnie: normalną surowicę końską, surowicę przeciwdurową, normalną surowicę bydlęcą oraz szczepionkę przeciwdurową, poczem badał zmiany w narządach krwiotwórczych. Wyniki tych badań są następujące: wstrzykiwania obcej surowicy powodują znaczne powiększenie śledziony i gruczołów limfatycznych, zależne od obrzmienia mieszków limfatycznych, powiększenia i rozrostu komórek siateczkowych i tworzenia przez te ostatnie komórek olbrzymich. Cały ten zespół zmian uważa autor za charakterystyczny odczyn ustroju na wprowadzenie doń surowicy. Natomiast wstrzykiwania szczepionki przeciwdurowej przeważnie nie wywołują obrzmienia śledziony i gruczołów limfatycznych.

Zarówno surowice, jak i szczepionki powodują złuszczanie komórek śródbłonkowych zatok limfatycznych; komórki te nabywają zdolności fagocytarnej, która jest nieco silniej wyrażona w przypadkach stosowania szczepionki. Wstrzykiwania surowicy powodują zniknięcie w gruczołach limfatycznych i śledzionie produktów rozpadu komórek — szczątków jąder, ziarenek hemosyderyny i t. p., podczas gdy wprowadzanie szczepionek wywołuje wzmożenie ilości tych produktów. Komórki Kupffera pod wpływem surowicy nie ulegają żadnym zmianom, mimo znacznych zmian ze strony komórek siateczkowych i śródbłonków zatok limfatycznych; szczepionki powodują w komórkach Kupffera zmiany identyczne do spotykanych w innych komórkach siateczkowo-śródbłonkowych.

Wprowadzanie obcych surowic wywołuje znaczne zwiększenie ilości składników limfatycznych w śledzionie i gruczołach chłonnych, z jednoczesnem zmniejszeniem ilości komórek szpikowych, dających dodatni odczyn oksydazowy, tak, że śledziona przekształca się w narząd czysto limfatyczny; natomiast szczepionki powodują jedynie wzmożenie ilości komórek szpikowych; wzmożenia ilości limfocytów po stosowaniu szczepionek autor nie spostrzegał.

Tak szczepionki, jak i surowice wzmagają mniej lub więcej tworzenie komórek szpikowych w szpiku kostnym.

Otrzymywane przez różnych autorów wyniki doświadczeń na zwierzętach, poddawanych działaniu szczepionki przeciwdurowej, jak np. zanik szpiku kostnego, zanik śledziony i gruczołów limfa-

tycznych, zaburzenia czynnościowe szpiku kostnego i t. p. — nie są według autora następstwem działania samej szczepionki przeciwdurowej, lecz toksyn durowych i jakichś innych ciał, zawartych w hodowli.

Oddzielna grupa doświadczeń dotyczy wpływu surowicy końskiej i szczepionki przeciwdurowej na tkanki królika in vitro. Badania te wykazały, że komórki, ulegające w ustroju rozplemowi po wstrzykiwaniach surowicy lub szczepionki, nie są w stanie rozwijać się dalej w hodowli tkankowej, rozmnażają się znacznie wolniej i nie tworzą komórek olbrzymich; jedynie fibroblasty rozrastają się normalnie. W hodowli in vitro normalnej tkanki śledzionowej lub gruczołów limfatycznych w surowicy krwi zwierzęcia, szczepionego uprzednio szczepionką przeciwdurową — komórki siateczkowe ulegają znacznemu rozrostowi, podczas gdy rozrost fibroblastów zostaje zahamowany.

Dr. J. S.

ZENTRALBLATT FÜR CHIRURGIE. 1933. R. LX. Nr. 5 z 4 lutego, str. 241 — 304.

S p e c h t K. *Evipan — natrium — nowy środek do narkozy*, str. 242 — 247.

Evipan-natrium — preparat firmy „I. G. Farben" stosowany dożylnie w postaci 10% roztworu, wywołuje krótkotrwałe uśpienie, analogiczne do odurzenia chloretylowego. Narkoza ta, oszczędzająca stan psychiczny chorego, nie wymaga żadnego przygotowania ani uprzedniego podawania narkotyków. Dawka wynosi 5 — 10 cm^3, zależnie od wieku, wagi ciała i t. p. czynników; ściśle oblicza się ją według podanego w pracy schematu. Wstrzykuje się całą dawkę powoli, w ciągu 1 — 2 min.; sen występuje niezwłocznie, bez podniecenia i trwa 5 — 15 min.; przebudzenie spokojne; wymiotów zazwyczaj niema, samopoczucie dobre. Zabieg można rozpoczynać po upływie 1 — 2 min. od chwili wstrzyknięcia.

Wskazanie do tej narkozy stanowią drobne, krótkotrwałe, lecz bolesne zabiegi, zwłaszcza ambulatoryjne; może ona być również wstępem do uśpienia np. eterowego przy dużych zabiegach. Żadnych powikłań ani następstw niepomyślnych nie spostrzegano.

P e t e r s K. O. *Z kazuistyki torbieli krezkowych*, str. 247 — 249.

Torbiele krezki należą do rzadkości; stosunkowo najczęściej powstają one w krezce jelita czczego, rzadziej krętego, najrzadsze — w krezce okrężnicy; torbiel mesosigmy była opisana dotąd tylko raz (J. Schramm 1899).

Autor opisuje drugi przypadek.

44-letnia kobieta, zawsze zdrowa, zachorowała nagle (bóle, wymioty, t. 38°) — operowana z rozpoznaniem ostrego zap. wyr. rob. W krezce esicy stwierdzono torbiel, zawierającą 5 litr. wodnistego płynu; po opróżnieniu trójgrańcem torbiel wyłuszczono; ze względu na powyższy wypadek aut. proponuje kontrolowanie jamy brzusznej przy każdej laparotomii.

M a y e r F. O. *O różnicy pomiędzy zwichnięciem, a rozerwaniem torebki stawowej*, str. 249 — 251.

Przy z w i c h n i ę c i u rozdarcie torebki stawu jest ograniczone — główka stawowa wychodzi przez to rozdarcie i pozostaje w nieprawidłowem ustawieniu; leczenie polega na nastawieniu. Rokowanie dobre. Należą tu zwichnięcia: barku, biodra, łokcia.

Inne zwichnięcia połączone są ze znacznem r o z e r w a n i e m t o r e b k i i uszkodzeniem aparatu więzadłowego (np. w stawie kolanowym). Rokowanie tu jest znacznie gorsze; le-

czenie polega na długotrwałem unieruchomieniu i mechanoterapji.

Różnica pomiędzy zwykłem zwichnięciem a rozerwaniem torebki stawowej musi być w praktyce podkreślana ze względu na odmienne leczenie, a zwłaszcza rokowanie.

A t a n a s o f Ch. *Technika bezkrwawego leczenia złamań*, str. 251 — 266.

Przy leczeniu świeżych złamań autor trzyma się następujących zasad: 1) jak najwcześniejsze doraźne nastawienie, 2) jak najdokładniejsze anatomiczne ustawienie odłamów i 3) nieprzerwane i dokładne ustalenie złamania aż do wytworzenia się zrostu kostnego. Nie należy tu obawiać się znaczniejszego zaniku mięśni, gdyż jest on spowodowany wzmożonem napięciem mięśni, wywołanem przez bolesność przy niedostatecznem unieruchomieniu. Nastawienie i unieruchomienie osiąga się za pomocą gipsowego opatrunku, utworzonego z dwuch longett, (po stronie zginaczy i prostowników), nakładanego na kończynę, będącą na wyciągu (bezkrwawym).

A. podaje szczegółowy opis techniki nakładania takiego opatrunku na złamane podudzie, przedramię i ramię, oraz przebieg leczenia.

G u s s e w V. *Przypadek szczególnej zgorzeli*, str. 267 — 269.

Opis przyp. zgorzeli obu kończyn dolnych u 29-letniej kobiety. Zgorzel wystąpiła po kilkodniowej chorobie gorączkowej i nie daje się podciągnąć pod żadną ze znanych postaci. Autor przypuszcza, że jest to na tle powstania ogniska w ośrodkowym układzie nerwowym. *Dr. H. Ciszkiewicz.*

DER CHIRURG, 1932, R. V. Nr. 2, z 15 stycznia, str. 41—80.

R e d w i t z E. *W 70 rocznicę urodzin Eugenjusza Enderlena*, str. 41—47.

E l l m e r G. *Ocena uszkodzeń kręgów (spondylosis deformans secundaris)*, str. 47—58.

Dosyć często spotykamy masowe uszkodzenie kręgosłupa, w którym nie znajdujemy zmian klinicznych, gdyż uszkodzeniu mogły ulec tylko więzadła lub chrząstki. Zmiany mogą powstać w innym miejscu, niż to, na które działał uraz. Wobec ujemnych wyników badań klinicznych i rentgenowskich powstaje pytanie, czy dolegliwości subjektywne chorego zasługują na wiarę i czy są bardzo przykre. Siła bodźca wywołującego uraz może być mała. W literaturze znany jest przypadek, w którym złamanie kręgu nastąpiło wskutek skurczu mięśni w ataku tężcowym. Uszkodzenie kręgosłupa może powstać również podczas podnoszenia ciężaru. Wtedy zjawia się ból kłójący w kręgosłupie, który po pewnym czasie znacznie się zmniejsza, lecz nie znika zupełnie. Przyczyną tego rodzaju uszkodzeń jest złe ustawienie się poszczególnych części naszego ciała. Zmiany wtórne pourazowe powstałe w uszkodzonej części kręgosłupa nazywa A. „spondylosis". Ciężkość zmian późniejszych zależy nie od siły urazu, lecz od rodzaju złamania kości i reakcji otoczenia. Spondylosis deformans circumscripta obejmuje względnie nieduży odcinek kręgosłupa i powstaje po urazie w odróżnieniu od spondylosis deformans generalisata, które obejmuje cały lub większą część kręgosłupa o charakterze degeneracyjnym.

B e r g e n d a l S. *Doświadczenia nad znieczulaniem przykrzyżowem*, str. 58—61.

Znieczulenia dokonywano ½% roztworem nowokainy. Normalnie używano do znieczuleń 100 — 200 cm^3 roztworu. Obserwacje dotyczą 574 przypadków, a mianowicie: 200 przypadków operacji ginekologicznych, 229 usunięcia gruczołu krokowego, 62 operacji na pęcherzu

i 83 zabiegów z powodu raka prostnicy. Wyniki osiągnięte nie są zachęcające.

P o r z e l t W. *Zastąpienie kciuka uszkodzonym palcem wskazującym oraz połączenie go z fałdem międzypalcowym odchodzącym od palca III*, str. 61—65.

A. opisuje przypadek 15-letniego chłopca, któremu piła ucięła kciuk i uszkodziła palec wskazujący w ten sposób, że wisiał na mostku części miękkich. W czasie operacji usunięto II kość śródręcza i podstawowy paliczek, resztę zaś palca przyszyto na miejsce kciuka.

D r ü n e r Z. *W sprawie wycięcia śluzówki żołądka z części odźwiernikowej w przypadkach niemożliwej resekcji żołądka*, str. 65.

Wskazania do powyższego zabiegu dają wrzody dwunastnicy, drążące w kierunku przewodu żółciowego lub inne wrzody o charakterze modzela. Zabieg powyższy wykonywuje autor w następujący sposób: najpierw robi zwykłe połączenie żołądkowo - jelitowe, następnie przecina żołądek w obwodowej części i oddziela śluzówkę żołądka i jamy (antrum) aż do dwunastnicy. Śluzówkę wycina i zeszywa ją po obu końcach.

Dr. Krajewski Fr.

ZEITSCHRIFT FÜR DAS GESAMTE KRANKENHAUSWESEN. 1933 r. Nr. 2, z 17 stycznia, str. 23—44.

S c h u m H. *Rozbudowa i przebudowa Państwowego Szpitala Policyjnego w Berlinie*, str. 23—26.

Szpital policyjny mieści się przy Scharnhorstrasse w budynkach dawnego Lazaretu Garnizonowego od roku 1920. Autor podaje szczegółowo i wyczerpująco opis rozwoju tego szpitala, jego rozbudowy i odnowienia w ciągu trzynastu lat istnienia.

K u l e n k a m p f f D. *Nowy model umywalni*, str. 26.

Autor podaje opis nowego modelu umywalni, wypuszczonego przez firmę Kolsch et Meyer w Dreznie. Umywalnia dostępna jest dla czterech osób, ciepłota wody waha się w granicach 28 — 35 stopni, przy umywalni wiszą na łańcuszkach, aby „nie ulotniły się", nożyczki, obok znajduje się mydło i szczotki.

B l o c k e r H. *Wahania w cenach produktów spożywczych*, str. 26—27.

Autor porównuje ceny produktów spożywczych, znajdujących swe zastosowanie w szpitalu, za okres od 1 kwietnia do 1 sierpnia roku 1932 z okresem podobnym w roku 1931. W wyniku stwierdza, że najwybitniej obniżyła się cena ziemniaków, bo o 50%, potem cena mięsa wołowego (24,9%), baraniny (21%), szynki wędzonej (25%) i suchych wędlin (16%). Przeciwnie zaś podniosły się ceny cukru i kawy o 17,5% i o 1%.

Autor uważa, że ceny produktów spożywczych w roku 1932 osiągnęły swój najniższy poziom, i że już w ostatnich tygodniach daje się zauważyć na rynkach pewna tendencja zwyżkowa.

W e h r l e W. *Uwagi w sprawie naświetlania promieniami ultrafioletowemi*, str. 27—29.

Z rozwinięciem się techniki naświetlań należało pomyśleć o specjalnie do tego celu skonstruowanych salach. Sala taka musi posiadać ściany pokryte czystym białym tynkiem (nie żółtym), któryby nie wchłaniał promieni ultrafioletowych, lecz dobrze je odbijał.

Przy urządzeniu pokoju jednoosobowego dużo oszczędza się miejsca na zawieszeniu lamp kwarcowych lub „Sollux" na ścianach z zachowaniem ich ruchomości. Dobre również usługi oddaje tutaj dodatkowy reflektor pomysłu dr. Keusera, który umożliwia wszechstron-

ne wykorzystanie jednej lampy kwarcowej.

Znaczną oszczędność w zużyciu prądu uzyskuje się przez zamianę w odpowiednim czasie palnika kwarcowego (nawet do 15 Pf. na 1 godzinę).

Wreszcie ostatnia nowość to lampa kwarcowa do naświetlania krtani pomysłu dr. A. J. Cemacha z Wiednia, który na zupełnie nowych podstawach postawił leczenie gruźlicy krtani, umożliwiając dzięki swemu wynalazkowi bezpośrednie działanie promieniami na miejsce schorzałe.

L i n k e F. *Zasługujące na uwagę zniszczenie rur ołowianych odprowadzających wodę i wnioski stąd płynące*, str. 29 — 30.

Opis niezwykłego zniszczenia rur w pewnym hotelu w Niemczech w pięć lat po ich założeniu.

Autor ostrzega przed zakładaniem instalacji rurowych w podłodze lub suficie, gdzie mają one układ poziomy. Rury powinne być umieszczane w ścianach z zachowaniem spadku, gdyż w przeciwnym razie, zatrzymujące się chlorki i siarczki z mydeł i środków toaletowych, niszczą ołów, doprowadzając do przedziurawienia rur nawet grubości 2,75 mm. Pozatem rury te powinny posiadać jaknajwęższą średnicę, aby stały prąd wody mógł zmywać tworzący się osad.

W i n t e r. *Zagadnienie ryczałtu w kosztach ubocznych w szpitalu*, str. 30—31.

Artykuł polemizujący z pracą Waltera Haupta, która ukazała się w Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen ub. r. Nr. 19, str. 434.

H a u p t W. *Zagadnienie ryczałtu w kosztach ubocznych w szpitalu*, str. 31—32.

Odpowiedź na powyższy artykuł.

S. Bober.

GIGJENA I SOCJALISTICZESKOJE ZDRAWOOCHRANIENIJE" 1932 r. Nr. 8—9.

N i k o ł a j e w. *O oczyszczaniu miast i zabudowań*, str. 1—6.

Sanit. Naczel. Komis. R. S. F. S. R. w dniu 14.V. 32 wydał zarządzenie o sposobie ulepszenia stanu sanitarnego miast i zabudowań. Na mocy tego zarządzenia odpowiedzialność za stan sanitarny miast przeszła na zarządy tych miast. To samo dotyczy i innych ośrodków zaludnionych. Polecono im w dwudziesto - dniowym terminie oczyścić wszystkie mieszkania, stołownie, szkoły, dworce kolejowe i t. d. oraz zabezpieczyć regularne sprzątanie nadal. Nakazano wprowadzić dozorców domowych (dworników), wyznaczyć miejsca dla ssypywania śmieci i odpadków. Polecono ochronę zieleńców, nadzór nad zaopatrywaniem w wodę, polegający na wyznaczeniu rejonu ochronnego dla wody do dnia 1.VII. 32 r., przeprowadzania obowiązkowego chlorowania wody. Nadto wydano cały szereg innych zarządzeń sanitarnych. Dotychczasowy stan sanitarny miast był następujący: wszelkie odpadki i śmiecie były wyrzucane przez mieszkańców gdziekolwiek przez cały miesiąc; raz w miesiącu wyznaczano dzień, w którym całe miasto było sprzątane, a więc wywożono śmiecie, zamiatano podwórza i t. d. Następnego dnia po takiem sprzątaniu znowu zwalano całe stosy śmieci, które gniły i zanieczyszczały powietrze przez miesiąc. Miasta nie posiadały dostatecznej ilości taboru dla usuwania nieczystości, brak był środków assenizacyjnych i t. d. Do jakiego stopnia doszło zanieczyszczenie miast, wskazują liczby wywiezionych nieczystości w poszczególnych miastach po otrzymaniu cytowanego zarządzenia: w Leningradzie, uważanym za najczyściejsze miasto, wywieziono 111,763 wozy i 307 platform tramwajowych śmie-

ci, 6971 beczek nieczystości. Użyto do tej pracy 19.663 wozy, 398 samochodów i 577 tramwajów.

W Samarze wywieziono 17.048 wozów śmieci i 4.461 beczek nieczystości i t. p. Do takiej pracy używano tysiące robotników oraz mobilizowano cały tabor kołowy. Autor spodziewa się, że dopiero zarządzenie Sanit. Komis. Naczel. w całości unormuje sprawę oczyszczania miast.

F e d e r o l f. *Higjena budownictwa mieszkaniowego*, str. 6—10.

Autor podaje wymagania nowoczesnego budownictwa z punktu widzenia higjeny. Rozpatruje szereg prac wydanych w tym kierunku przez higjenistów niemieckich, francuskich, angielskich — jak: Nusbauma — „O jakości cegły palonej", Meringa, Krede, Tile, Wolfa Broszniowskiego — o metalach i drzewie, ołowiu, aluminium i t. p. Opisuje również obserwacje Hejmsa nad farbami używanemi w budownictwie — jak: olejna, klejowa, emaljowa oraz podaje badania Lejmana nad linoleum i szkłem.

K r i n k o w W. E. *Pomieszczenia robotnicze w przemyśle węglowym Donieckiego Basenu*, str. 10—13.

Autor szczegółowo opisuje pomieszczenia zbiorowe robotnicze w Zagłębiu Donieckim, porównywując je z pomieszczeniami przed wojną światową.

Przed wojną światową na 1 robotnika przypadało 8,5 mtr^3. — obecnie zaś — 10,9 mtr^3. objętości.

G u t k i n A. I. *Charakterystyka nowego budownictwa mieszkaniowego w ośrodkach przemysłowych*, str. 13—17.

Autor opisuje kolonje robotnicze w Leningradzie przy ul. Mytnej. Są tam 4-ro i 5-cio piętrowe domy, wykończone w r. 1930. Kolonja ta posiada 560 mieszkań, w których zamieszkuje ok. 5000 osób. Mieszkania są 2 i 3 pokojowe o powierzchni 40 — 60 mtr^2. Wewnętrzny wygląd takiego mieszkania jest następujący: mały przedpokój z niszą na ubrania, 2 pokoje, kuchnia z szafą-chłodnią (z dostępem powietrza z zewnątrz), z szafą na naczynia, z dwoma zlewami: jednym zwykłego typu kuchennego, drugim ocynkowanym, służącym do prania bielizny i mycia naczyń. Ściany takiego mieszkania oklejone są tapetami, podłoga — z desek malowanych, ogrzewanie centralne. Każdy blok posiada mechaniczną pralnię, natryski, świetlice, ogród dziecięcy na 100 dzieci, żłobek na 20 dzieci i letnie kino (w podwórzu pod okapem) na 60 osób.

Wypranie 1 kgr. bielizny kosztuje 25 kop.

Dalej opisuje autor kolonje robotnicze w Charkowie i Baku, gdzie budynki i urządzenia są wspanialsze, całkowicie luksusowe i mieszczą do 10 tysięcy osób. Przy budowlach są stosowane w szerokim zakresie materjały budowlane zastępcze, jak mazut, rakusznik i t. p.

R a f e s M. G. *Sanitarno-higjeniczne normy dla budowy wspólnych pomieszczeń w kopalniach węglowych*, str. 17—30.

Autor opisuje warunki mieszkaniowe i higjeniczne górników w dawnej Rosji oraz podaje projekty i plany pomieszczeń zbiorowych, któreby odpowiadały wymaganiom higjenicznym i kulturalnym w dobie obecnej.

K u t ł a w I. A. K r a p i w i n a P. M. C e p u l i n W. W. i R o ż d i e s t w i e n s k i j A. D. *Przyczyny i charakter obrażeń u rolników i walka z niemi*, str. 31—40.

Autorzy opisują przypadki uszkodzeń ciała przy pracy w gospodarstwie rolnem i proponują cały szereg ulepszeń w narzędziach rolniczych, aby do uszkodzeń tych nie dopuszczać.

L e w o n t i n M. Ł. *O zatruciach tlenkiem węgla*, str. 41—44.

Autor podaje statystykę zatruć CO w zakładach metalurgicznych na Uralu, oraz stawia wnioski w celu zaradzenia masowym zatruciom przez wprowadzenie odpowiednich ulepszeń w konstrukcji maszyn fabrycznych.

P u p a r e w a T. N. i S ł o n i e w s k i j S. I. *Wpływ domieszek kotoniny i sztucznej wełny na higjeniczną wartość szarego sukna na płaszcze*, str. 41—49.

Bardzo ważną częścią umundurowania żołnierza jest bezsprzecznie płaszcz. Najlepszym materjałem w tym wypadku jest czysta wełna, która jednak z punktu widzenia ekonomicznego jest zbyt droga. Z tej racji Armja Czerwona poszukuje materjałów zastępczych. Autorzy proponują wyrób sukna z domieszką kotoniny lub sztucznej wełny. Kotoniną nazywają się włókna otrzymywane ze lnu, konopi i t. p. oraz odpadków przy obróbce tych roślin; sztuczna wełna zaś wyprodukowuje się ze starych wełnianych szmat. Materjał otrzymany przy pomocy kotoniny i sztucznej wełny autorzy poddali badaniom laboratoryjnym w stanie pierwotnym oraz po nasiąknięciu wodą i wysuszeniu, następnie opisali szczegółowe wyniki tych badań.

Materjał sukienny z 10% domieszką sztucznej wełny posiada wszystkie cechy prawdziwego sukna; materjał z 20% domieszką kotoniny posiada tylko zdolność większego nasiąkania wodą. Po wysuszeniu tych materjałów nie widać w nich żadnych istotnych zmian. Ujemnemi właściwościami sztucznych sukien są: większa przepuszczalność ciepła i powietrza oraz większa nasiąkliwość wodą.

Za najodpowiedniejszy materjał na płaszcze żołnierskie autorzy uważają tkaninę z 10% domieszką sztucznej wełny.

M a r k a r j a n c M. G. i A j n b e r g S. P. *Ocena podręczników szkolnych pod względem higjenicznym*, str. 50—53.

Autorzy opisują gatunki i metody badań papieru drukarskiego. Zwracają uwagę na kolor i grubość papieru, na charakter druku, rozmiary i ciężar książki. Książka winna być wydana tak, aby była wygodna przy trzymaniu, na kartkach nie tworzyły się faliste garby, kolor papieru był czysto-biały, druk czysty i nie wymagający wysilania wzroku i t. d.

B u d a g j a n F. *O ocenie wartościowej reakcji na amonjak (reak. Ebera) i na siarkowodór przy określaniu świeżości mięsa i produktów mięsnych*, str. 53—56.

Autor stwierdza, że badanie mięsa przy pomocy reakcji Ebera na siarkowodór niezawsze jest prawidłowe, chociaż jest to najczęściej stosowany sposób badań. Nie należy stosować sposobu tego przy badaniach produktów mięsnych gotowanych, smażonych i wyjałowionych oraz zawierających czosnek. Reakcja Ebera jest tylko bezwzględnie miarodajna w stosunku do produktów rybnych. Naogół autor proponuje oprócz badań na amonjak i siarkowodór stosować jednocześnie i inne sposoby.

G i n z b u r g G., L i p k i n I. i T e r e s z k o w i c z A. *Stan wyżywienia społecznego w Podolsku i perspektywy ulepszeń pod względem sanitarno-higjenicznym*, str. 56—62.

Autorzy podają opis stanu wyżywienia oraz fabryk i stołowni społecznych w mieście Podolsku.

C. Głowiński.

tkaniny z 10% domieszką sztucznej wełny.

N a s t r j a g o w M. G. i L i t k e n s S. E. Ocena poligraficzna szkolnych pod względem higjenicznym, str. 31—37.

Autorzy opisują gatunki i metody badań papieru drukarskiego. Zwracają uwagę na kolor i grubość papieru, na charakter druku, rozmiary i ciężar książki. Książka winna być wydana tak, aby była wygodna przy trzymaniu, a kartkach nie tworzyły się faliste garby, kolor papieru był czysto-biały, druk czysty i nie wymagający wysiłku wzroku i t. d.

B u d a g j a n F. O ocenie specyficznej reakcji na amonjak (reakc. Ebera) i na siarkowodór przy określaniu świeżości mięsa i produktów mięsnych, str. 52—56.

Autor stwierdza, że badanie mięsa przy pomocy reakcji Ebera na siarkowodór niezawsze jest prawidłowe, chociaż jest to najczęściej stosowany sposób badań. Nie należy stosować sposobu tego przy badaniach produktów mięsnych gotowanych, smażonych i wyjałowionych oraz zawierających czosnek. Reakcja Ebera jest tylko bezwzględnie miarodajna w stosunku do produktów rybnych. Nadto autor proponuje oprócz badań na amonjak i siarkowodór stosować jednocześnie i inne sposoby.

G i n s b u r g G., D i l b k i n L. i T o r o s k o w s k a j a A. Stan wyżywienia społecznego w Podolsku i perspektywy ulepszeń pod względem sanitarno-higjenicznym, str. 57—62.

Autorzy podają opis stanu wyżywienia oraz fabryk i stołówek społecznych w mieście Podolsku.

C. Głowiński.

D e m b o w s k i j N. A. — O zastosowaniu tłumików szumu, str. 41—44.

Autor podaje statystykę zatruć CO w zakładach metalurgicznych na Uralu, oraz stawia wnioski w celu zaradzenia masowym zatruciom przez wprowadzenie odpowiednich ulepszeń w konstrukcji pieców fabrycznych.

T o m a s z e w a T. N. i S i o n i e w s k i j S. I. Wpływ domieszek kotoniny i sztucznej wełny na higjeniczną wartość zwykłego sukna na płaszcze, str. 45—49.

Bardzo ważną cechą umundurowania żołnierza jest konserwowanie płaszcza. Najlepszym materjałem w tym wypadku jest czysta wełna, która jednak z powodu wielkiego zapotrzebowania jest zbyt droga. Z tej racji Armja Czerwona poszukuje materjałów zastępczych. Autorzy proponują wyrób sukna z domieszką kotoniny lub sztucznej wełny. Kotoniną nazywają się włókna otrzymywane ze lnu, konopi i t. p. oraz odpadków przy obróbce tych roślin; sztuczna wełna zaś wyprodukowuje się ze starych wełnianych szmat. Materjał otrzymany przy pomocy kotoniny i sztucznej wełny autorzy poddali badaniom laboratoryjnym w stanie pierwotnym oraz po zmoczeniu wodą i wysuszeniu, następnie opisali szczegółowo wyniki tych badań.

Materjał zawierający 10% domieszki sztucznej wełny posiada wszystkie cechy prawidłowego sukna; materjał z 30% domieszką kotoniny posiada tylko zdolność wielkiego nasiąkania wodą. Po wysuszeniu tych materjałów nie widać w nich żadnych ujemnych zmian. Ujemnemi właściwościami sztucznych sukien są: większa przepuszczalność ciepła i powietrza, oraz większa nasiąkliwość wodą.

Za najodpowiedniejszy materjał na płaszcze żołnierskie autorzy uważają

SPIS RZECZY.

Str.

Od Redakcji .... 1 — 2

CZASOPISMA POLSKIE.

Polska Gazeta Lekarska .... 3 — 5
Nowiny Lekarskie .... 5 — 7
Polski Przegląd Chirurgiczny .... 7 — 9
Pedjatrja Polska .... 9 — 10
Życie Dziecka .... 10 — 11
Zagadnienia Rasy .... 11 — 14
Zdrowie .... 14 — 15

CZASOPISMA FRANCUSKIE.

Bulletin de l'Academie de Médecine .... 15 — 16
La Presse Médical .... 16 — 19
Paris Médical 19
Archives d'Ophtalmologie .... 19 — 21
Journal de Chirurgie .... 21 — 22

CZASOPISMA ANGIELSKIE.

The Lancet .... 22 — 24
Archives of Internal Medicine .... 24 — 26
Archives of Surgery .... 26 — 28

CZASOPISMA NIEMIECKIE.

Münchener Medizinische Wochenschrift .... 28 — 30
Schweizerische Medizinische Wochenschrift .... 30 — 31
Medizinische Klinik .... 31 — 35
Deutsche Medizinische Wochenschrift .... 35 — 37
Klinische Wochenschrift .... 37 — 41
Wiener Klinische Wochenschrift .... 41 — 43
Therapie der Gegenwart .... 43 — 45
Die Aerztlische Praxis 45
Mitteilungen ueber Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie .... 45 — 48
Zentralblatt für Chirurgie .... 48 — 49
Der Chirurg .... 49 — 50
Zeitschrift für das Gesamte Krankenhauswesen .... 50 — 51

CZASOPISMA ROSYJSKIE.

Gigjena i Socjalisticzeskoje Zdrawoochranienije 51